

การดำเนินการและการปรับตัวของโครงการประกันสังคม

รายงานวิจัยเล่มที่ 7

โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ปีที่หนึ่ง (2544-45)

รายงานฉบับสมบูรณ์ เล่มที่ 7

รายงานวิจัย

เรื่อง

การดำเนินการและการปรับตัวของโครงการประกันสังคม

โดย

ผศ.ดร.อัญชญา ฌ ระนอง

ศรชัย เตรียมวรกุล

โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีที่หนึ่ง (2544-45)

The Monitoring and Evaluation of Universal Health Coverage in Thailand,

First Phase 2001/02

หัวหน้าโครงการ

ดร.วิโรจน์ ฌ ระนอง

ทีมวิจัย

ผศ.ดร.อัญชญา ฌ ระนอง

รศ.ดร.ศุภลัทธิ พรธรรมรุโนทัย

ศรชัย เตรียมวรกุล

นิภา ศรีอนันต์

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)

พฤศจิกายน 2545

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของคณะผู้วิจัย ซึ่งไม่จำเป็นต้องตรงกับ
ความเห็นของสถาบันต้นสังกัด และมิใช่ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ

- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่ให้การสนับสนุนงานวิจัยนี้ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย เพื่อติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- ผู้ทบทวนโครงการวิจัยนี้ (Peer reviewers)
- ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ กองวิชาการ กองประสานการแพทย์ และสำนักงานกองทุนเงินทดแทน ในสำนักงานประกันสังคมที่กรุณาสละเวลาให้คณะผู้วิจัยได้สัมภาษณ์และเก็บรวบรวมข้อมูล
- เจ้าของงานวิจัยที่ได้อ้างอิงถึงในงานวิจัยนี้

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ _____	I
สารบัญ _____	II
สารบัญตาราง _____	IV
สารบัญภาพประกอบ _____	VI
 บทที่ 1 บทนำ _____	 1
1.1 ความสำคัญของปัญหา _____	1
1.2 วัตถุประสงค์ _____	1
1.3 วิธีการวิจัย _____	1
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ _____	2
1.5 โครงสร้างของการศึกษา _____	2
 บทที่ 2 โครงสร้างการดำเนินงานของสำนักงานประกันสังคม _____	 4
2.1 การดำเนินงานของสำนักงานประกันสังคม _____	4
2.2 ระบบการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข _____	11
2.3 ระบบการจ่ายสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์รักษาพยาบาล _____	13
 บทที่ 3 ผลการดำเนินงานของสำนักงานประกันสังคม _____	 29
3.1 ความครอบคลุมจำนวนผู้ประกันตน _____	29
3.2 การจัดการด้านสถานพยาบาลและระบบเครือข่าย _____	32
3.3 ผลการดำเนินการและการให้บริการของสถานพยาบาล _____	37
3.4 ความพึงพอใจของผู้ประกันตนที่ใช้บริการทางการแพทย์ _____	40
3.5 มาตรการตรวจสอบและการลงโทษสถานพยาบาล _____	43
3.6 สถานะทางการเงินของกองทุนประกันสังคม _____	44
 บทที่ 4 แผนงานของสำนักงานประกันสังคม _____	 49
4.1 แผนงานของสำนักงานประกันสังคม _____	49
4.2 แผนการดำเนินงานส่วนที่เกี่ยวกับการประกันสุขภาพถ้วนหน้า _____	52
 บทที่ 5 ข้อพิจารณาและบทเรียนจากกองทุนประกันสังคม _____	 67
5.1 การจัดสรรงบประมาณและการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ _____	67
5.2 สิทธิประโยชน์และอัตราเงินสมทบที่เรียกเก็บโดยสำนักงานประกันสังคม _____	70

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
5.3 การพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ _____	72
5.4 การตรวจสอบคุณภาพสถานพยาบาล _____	75
5.5 ภาระค่าใช้จ่ายของกองทุนประกันสังคม _____	80
5.6 ระบบการบริการสุขภาพขั้นต้น _____	86
5.7 สถานพยาบาลเอกชนและการแข่งขัน _____	87
5.8 โครงสร้างองค์กรและการบริหารโครงการ _____	88
5.9 แผนงานของสำนักงานประกันสังคมในอนาคต _____	89
5.10 โครงการประกันสังคมกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า _____	92
บรรณานุกรม _____	98
ภาคผนวก _____	102
ก สิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตน/ลูกจ้างจากกองทุนประกันสังคม และ กองทุนเงินทดแทน _____	103
ข ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดมาตรฐานสถานพยาบาล ที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน _____	115
ค การคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวให้สถานพยาบาล _____	127
ง วิธีคำนวณเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยง _____	129
จ การพัฒนาเกณฑ์การพิจารณาศักยภาพการรับผู้ประกันตนของสถาน พยาบาลเอกชน _____	133
ฉ เกณฑ์การพิจารณาศักยภาพของสถานพยาบาลโครงการประกันสังคม ปี 2544 _____	136
ช ประกาศสำนักงานประกันสังคม _____	141
ซ การสัมภาษณ์ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคม _____	153

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 การเปรียบเทียบอัตราเงินสมทบกองทุนประกันสังคม _____	5
ตารางที่ 2.2 จำนวนสถานประกอบการ และผู้ประกันตน ช่วงปี 2541- ต.ค. 2544 _____	7
ตารางที่ 2.3 จำนวนการใช้สิทธิในประโยชน์ทดแทนจากกองทุนประกันสังคม ช่วงปี 2541-เม.ย. 2544 _____	8
ตารางที่ 2.4 จำนวนการวินิจฉัยให้เงินทดแทนโดยกองทุนเงินทดแทน ช่วงปี 2541-เม.ย. 2544 _____	10
ตารางที่ 2.5 การจ่ายเงินให้สถานพยาบาลโดยตรงตามประเภทการจ่ายของกองทุน ประกันสังคม _____	21
ตารางที่ 2.6 รายการที่เกี่ยวข้องกับการให้หลักประกันสุขภาพแก่ผู้ประกันตนทั้งหมดของ กองทุนประกันสังคม _____	22
ตารางที่ 3.1 สถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาหลักและเครือข่าย และจำนวนผู้ประกันตน ที่ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาล _____	34
ตารางที่ 3.2 อัตราการใช้บริการทางการแพทย์ _____	39
ตารางที่ 3.3 สรุปผลการวิจัยเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ประกันตนของสำนักงาน ประกันสังคม _____	42
ตารางที่ 3.4 ผลการดำเนินงานและฐานะทางการเงินกองทุนประกันสังคม _____	45
ตารางที่ 3.5 เงินสมทบและเงินทดแทนกองทุนประกันสังคม _____	47
ตารางที่ 3.6 เงินสมทบฝ่ายรัฐบาลที่ต้องจ่าย และที่จ่ายจริง _____	47
ตารางที่ 4.1 ประมาณการจำนวนผู้ประกันตนกรณีขยายความคุ้มครอง ปี 2545-2547 _____	57
ตารางที่ 4.2 ประมาณการเงินเดือนเฉลี่ยของผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคม ปี 2545-2547 _____	58
ตารางที่ 4.3 ประมาณการเงินสมทบสำหรับประโยชน์ทดแทน 6 กรณี ปี 2545-2547 กรณีขยายความคุ้มครอง _____	59
ตารางที่ 4.4 เงินสมทบที่รัฐบาลต้องจ่ายเพิ่มให้กับโครงการประกันสังคมถ้าขยายความ คุ้มครองครอบคลุมสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 1-9 คน เปรียบเทียบกับ กรณีครอบคลุมโดยโครงการ 30 บาท _____	62
ตารางที่ 4.5 จำนวนผู้ที่ได้รับความคุ้มครองจากกองทุนประกันสังคม ตามแผนงาน ของสำนักงานประกันสังคม _____	66
ตารางที่ 5.1 เกณฑ์การให้คะแนนศักยภาพสถานพยาบาลเอกชน _____	76

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 5.2 สถิติข้อร้องเรียนตั้งแต่ปี 2541-2544 (จากการรวบรวมสถิติตั้งแต่เดือน มกราคม – ธันวาคม) _____	76
ตารางที่ 5.3 สถิติการลงโทษสถานพยาบาลโครงการประกันสังคม ตั้งแต่ปี 2541-2544 ____	79
ตารางที่ 5.4 อัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยประกันสังคมปี พ.ศ.2538-2542 ____	81
ตารางที่ 5.5 แสดงต้นทุนค่าบริการทางการแพทย์เฉลี่ยต่อปี _____	81
ตารางที่ 5.6 ค่าใช้จ่ายในการให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลประกันสังคม ภาครัฐและภาคเอกชน ปี พ.ศ.2538-2542 _____	82
ตารางที่ 5.7 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาล และ คำรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลได้รับจากสำนักงานประกันสังคม ปี พ.ศ. 2539-2542 _____	83
ตารางที่ 5.8 รายงานด้านสุขภาพของกองทุนประกันสังคม และกองทุนเงินทดแทนผู้ประสบ ภัยจากการทำงาน _____	85
ตารางที่ 5.9 จำนวนสถานพยาบาลภายใต้โครงการประกันสังคม จำแนกตามสังกัด ปี 2539-2543 _____	87
ตารางที่ 5.10 ประมาณการจำนวนสถานประกอบการและผู้ประกันตน ปี 2544-2550 ____	91

สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพที่ 2.1 โครงสร้างสำนักงานประกันสังคม _____	23
ภาพที่ 2.2 รายละเอียดเกี่ยวกับกองทุนประกันสังคม (SSF) และ กองทุนเงินทดแทน (WCF) _____	24
ภาพที่ 2.3 ขั้นตอนการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยง _____	27
ภาพที่ 2.4 การจ่ายค่ารักษาพยาบาลแก่สถานพยาบาลหลักและผู้ประกันตนของสำนักงาน ประกันสังคม _____	28
ภาพที่ 3.1 (ก) จำนวนผู้ประกันตนตามมาตรา 33 และมาตรา 39 _____	31
ภาพที่ 3.1 (ข) จำนวนสถานประกอบการที่ขึ้นทะเบียน _____	31
ภาพที่ 3.2 การเปรียบเทียบความครอบคลุมด้านสวัสดิการ และการประกันสุขภาพ ในประเทศไทย ปี 2543 _____	31
ภาพที่ 5.1 สถิติข้อร้องเรียนด้านบริการทางการแพทย์ _____	77
ภาพที่ 5.2 สถิติข้อร้องเรียนกรณีสถานพยาบาลเรียกเก็บเงิน _____	77
ภาพที่ 5.3 ผลการประเมินคุณภาพสถานพยาบาลโครงการ _____	78

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความสำคัญของปัญหา

ในอดีตที่ผ่านมาประเทศไทยมีการจัดสวัสดิการและการประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนภายใต้โครงการต่างๆ เช่น สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ สวัสดิการประชาชนด้านรักษายาบาล (สปร.) โครงการประกันสังคม โครงการบัตรประกันสุขภาพของภาครัฐ หรือการประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยภาคเอกชน เป็นต้น แต่ละโครงการให้ความคุ้มครองแก่กลุ่มประชาชนเป็นการเฉพาะ อย่างไรก็ตาม ยังมีประชาชนบางส่วนที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ จึงมีความพยายามจากบุคคลหลายฝ่ายผลักดันให้เกิดแนวคิดการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้ความคุ้มครองบุคคลเหล่านี้ ซึ่งรูปแบบการดำเนินการยังไม่มีข้อสรุปที่แน่ชัดว่าจะเป็นการขยายระบบสวัสดิการและการประกันสุขภาพที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันเพื่อให้ครอบคลุมบุคคลเหล่านี้ หรือรวมแต่ละโครงการให้อยู่ภายใต้ระบบเดียว เพื่อให้ได้คำตอบดังกล่าวจึงจำเป็นต้องมีการประเมินผลกระทบในหลายด้าน ประเด็นหนึ่งที่ต้องพิจารณาเพื่อนำไปสู่ข้อสรุปดังกล่าว คือ การประเมินแนวทางการดำเนินการของโครงการต่างๆ ที่มีอยู่ในปัจจุบันว่าสามารถขยายขอบเขตความครอบคลุมหรือสามารถสอดคล้องประสานกับแนวคิดการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้หรือไม่ โดยในงานศึกษานี้จะเป็นการประเมินการดำเนินงานและการปรับตัวของโครงการประกันสังคมเป็นหลัก

1.2 วัตถุประสงค์

งานศึกษานี้มีวัตถุประสงค์คือ

1. เพื่อศึกษาถึงการดำเนินงานของสำนักงานประกันสังคมซึ่งเป็นผู้บริหารกองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทนผู้ประสบอันตรายจากการทำงานในส่วนของการให้ความคุ้มครองด้านสุขภาพแก่ผู้ประกันตนและลูกจ้าง
2. เพื่อประเมินทิศทางและแผนการดำเนินงานตลอดจนการปรับตัวของโครงการประกันสังคมในด้านการขยายความคุ้มครองไปสู่สถานประกอบการที่มีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คน และผลกระทบที่มีต่อภาระทางงบประมาณของรัฐบาล

1.3 วิธีการวิจัย

การศึกษานี้อาศัยการสัมภาษณ์ และการจัดกลุ่มสนทนา (focus group) ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของสำนักงานกองทุนเงินทดแทน กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ กองเงินสมทบ กองทะเบียนและประมวลผล กองประโยชน์ทดแทน กองวิชาการและแผนงาน และกอง

วิจัยและพัฒนา สำนักงานประกันสังคม (ดูรายชื่อผู้ที่ทีมวิจัยได้สัมภาษณ์ในภาคผนวก ข) สำหรับข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์เชิงปริมาณเป็นข้อมูลทุติยภูมิซึ่งรวบรวมจากเอกสารเผยแพร่ของหน่วยงานต่างๆ ในสำนักงานประกันสังคม และการศึกษาถึงผลกระทบที่มีต่อผู้ประกันและลูกจ้าง อาศัยการทบทวนจากงานศึกษาที่เกี่ยวข้อง

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

นอกจากโครงการสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจแล้ว การประกันสังคมก็เป็นอีกโครงการหนึ่งที่ให้หลักประกันทางสุขภาพซึ่งมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องมาหลายปี ดังนั้น การศึกษาถึงโครงสร้างการดำเนินงาน จุดแข็งและจุดอ่อนของโครงการประกันสังคมน่าจะเป็นประโยชน์ในการนำไปพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานของโครงการนี้ในอนาคต รวมถึงโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่กำลังอยู่ในช่วงเริ่มต้น นอกจากนี้ ในงานศึกษาได้ประเมินภาระและผลกระทบจากการดำเนินตามแผนงานของโครงการประกันสังคม ซึ่งน่าจะเป็นฐานข้อมูลที่สำคัญสำหรับผู้กำหนดนโยบายในการตัดสินใจดำเนินการตามทางเลือกใดๆ

1.5 โครงสร้างของการศึกษา

งานวิจัยฉบับนี้ได้แบ่งโครงสร้างของการศึกษาซึ่งประกอบด้วย

บทที่ 1 บทนำ กล่าวถึงความสำคัญของการศึกษา วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

บทที่ 2 โครงสร้างการดำเนินงานของสำนักงานประกันสังคม ศึกษาในส่วนของ การบริหารจัดการกองทุนประกันสังคม และกองทุนทดแทน ขอบเขตความครอบคลุมของกองทุนทั้งสอง สิทธิประโยชน์ของลูกจ้างผู้ประกันตน ระบบการจัดบริการทางการแพทย์ และระบบการจ่ายสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์รักษาพยาบาล ในส่วนนี้จะประมาณรายจ่ายที่เกี่ยวข้องกับการให้หลักประกันทางสุขภาพแก่ลูกจ้างผู้ประกันตนจากทั้งสองกองทุน

บทที่ 3 ผลการดำเนินงานของโครงการประกันสังคม พิจารณาถึงจำนวนความครอบคลุมผู้ประกันตนที่อยู่ภายใต้กองทุนประกันสังคม การจัดการด้านสถานพยาบาลและเครือข่ายพฤติกรรม การเลือกขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลและการใช้บริการด้านการรักษา การสำรวจความพึงพอใจของผู้ประกันตนที่ใช้บริการทางการแพทย์โดยการทบทวนงานศึกษาที่เกี่ยวข้อง และการประเมินสถานะทางการเงินของกองทุนประกันสังคม

บทที่ 4 แผนงานของสำนักงานประกันสังคม เน้นในส่วนของ การขยายความคุ้มครองไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คน โดยประเมินจำนวนลูกจ้างที่คาดว่าจะได้รับความคุ้มครองจากแผนงานดังกล่าว รวมถึงการเปรียบเทียบภาระทางงบประมาณของรัฐบาลในการตัดสินใจขยายความคุ้มครองหรือไม่ขยายความคุ้มครองลูกจ้างกลุ่มดังกล่าว

บทที่ 5 ข้อพิจารณาและบทเรียนจากกองทุนประกันสังคม จะนำเสนอจุดแข็งและจุดอ่อนจากการดำเนินงานของสำนักงานประกันสังคมในปัจจุบัน รวมถึงข้อเสนอแนะที่อาจเป็นประโยชน์ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย โดยเฉพาะของการให้จัดหลักประกันทางสุขภาพซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับโครงการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

บทที่ 2

โครงสร้างการดำเนินงานของสำนักงานประกันสังคม

ในบทนี้จะกล่าวถึงการดำเนินงานของสำนักงานประกันสังคมซึ่งเป็นผู้บริหารกองทุนประกันสังคม และกองทุนเงินทดแทน ระบบการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงระบบบริหารการเงินและการจ่ายสิทธิประโยชน์ด้านการรักษา นอกจากนี้จะได้ประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพที่ผู้ประกันตนได้รับจากกองทุนทั้งสอง

2.1 การดำเนินงานของสำนักงานประกันสังคม

สำนักงานประกันสังคม – สปส. (Social Security Office – SSO) ถูกจัดตั้งตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 โดยอยู่ในความดูแลของกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม (เดิมสังกัดกระทรวงมหาดไทย และโอนย้ายมาตั้งแต่ 23 กันยายน 2536) มีหน้าที่หลัก คือ การบริหารงานกองทุน 2 กองทุน คือ กองทุนประกันสังคม (Social Security Fund – SSF) และกองทุนเงินทดแทน (Workmen's Compensation Fund – WCF) กองทุนเงินทดแทนมีมาก่อนกองทุนประกันสังคม 17 ปีและมีมาก่อนการจัดตั้งสำนักงานประกันสังคม สปส. จะทำหน้าที่จัดเก็บเงินสมทบจากผู้ที่เกี่ยวข้อง และจ่ายประโยชน์ทดแทนให้แก่ผู้ประกันตน หรือลูกจ้าง แล้วแต่กรณี (ดูแผนภาพที่ 2.1 และ 2.2 ประกอบ)

2.1.1 กองทุนประกันสังคม

กองทุนประกันสังคมดำเนินการตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2537 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542 โดยให้ความคุ้มครองและหลักประกันแก่ ลูกจ้างผู้ประกันตนที่ทำงานในสถานประกอบการที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดขึ้นทะเบียน โดยให้ลูกจ้างผู้ประกันตน นายจ้าง และรัฐบาล เป็นผู้จ่ายเงินสมทบ ซึ่งอัตราเงินสมทบจะคิดเป็นสัดส่วนของค่าจ้างและเปลี่ยนแปลงไปเป็นช่วงๆ ดังแสดงในตารางที่ 1.1

วัตถุประสงค์หลักของกองทุนฯคือให้ความคุ้มครองแก่ผู้ประกันตน 7 กรณี ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุโดย องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) ดังนี้

เริ่มปี พ.ศ. 2533

1. กรณีประสบอันตรายและเจ็บป่วยที่ไม่ได้เกิดจากการทำงาน
2. กรณีคลอดบุตร
3. กรณีทุพพลภาพ
4. กรณีตาย

เริ่มปี พ.ศ. 2541

5. กรณีสงเคราะห์บุตร
6. กรณีชราภาพ

ยังไม่เริ่มดำเนินการ

7. กรณีว่างงาน
(คาดว่าจะเริ่มปี 2546)

ตารางที่ 2.1 การเปรียบเทียบอัตราเงินสมทบกองทุนประกันสังคม

ผู้จ่ายเงิน สมทบ	อัตราเงินสมทบเป็นร้อยละของค่าจ้างผู้ประกันตน											
	ก.ย. 2533- มี.ค. 2538	เม.ย. 2538 – 2540	2541	2542			2543-2545			2546 เป็นต้นไป ^{4/}		
	4 กรณี	4 กรณี	4 กรณี	4 กรณี	2 กรณี	รวม กรณี	4 กรณี	2 กรณี	รวม กรณี	4 กรณี	2 กรณี	รวม กรณี
ผู้ประกันตนโดยบังคับตามมาตรา 33^{1/}												
1. รัฐบาล	1.5	1.5	1	1	1	2	1	1	2	1.5	1	2.5
2. นายจ้าง	1.5	1.5	1	1	1	2	1	2	3	1.5	3	4.5
3. ผู้ประกันตน	1.5	1.5	1	1	1	2	1	2	3	1.5	3	4.5
ผู้ประกันตนโดยสมัครใจตามมาตรา 39^{2/}												
1. รัฐบาล	1.5 ^{3/}	1.5	1	1	1	2	1	1	2	1.5	1	2.5
2. ผู้ประกันตน	3 ^{4/}	3	2	2	2	4	2	4	6	3	6	9

ที่มา : สำนักงานประกันสังคม

หมายเหตุ : - ผู้ประกันตนโดยบังคับตามมาตรา 33 คือลูกจ้างผู้ประกันตนที่ทำงานในสถานประกอบการที่ขึ้นทะเบียนกับกองทุนประกันสังคมตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

- ผู้ประกันตนโดยสมัครใจตามมาตรา 39 คือผู้ที่เคยเป็นผู้ประกันตนโดยบังคับตามมาตรา 33 และได้สมัครเป็นสมาชิกของกองทุนประกันสังคมโดยสมัครใจภายใน 6 เดือนนับจากวันสิ้นสุดสภาพการจ้างงาน
- เงินสมทบที่เรียกเก็บ 4 กรณี ประกอบด้วย กรณีประสบอันตรายและเจ็บป่วยที่ไม่ได้เกิดจากการทำงาน กรณีคลอดบุตร กรณีทุพพลภาพ และกรณีตาย เริ่มเรียกเก็บเมื่อเดือน กันยายน 2533
- เงินสมทบที่เรียกเก็บ 2 กรณี ประกอบด้วย กรณีชราภาพ และสงเคราะห์บุตร เริ่มเรียกเก็บเมื่อเดือน กรกฎาคม และธันวาคม 2542 ตามลำดับ

1/ คำนวณจากฐานค่าจ้างขั้นต่ำ 1,650 บาท และค่าจ้างสูงสุดไม่เกิน 15,000 บาท

2/ คำนวณจากฐานค่าจ้าง 4,800 บาท

3/ คำนวณจากฐานค่าจ้างเดือนสุดท้ายก่อนออกจากงาน

4/ ยังไม่รวมกรณีว่างงานซึ่งคาดว่าจะเริ่มเก็บในปลายปี 2546

ขอบเขตความครอบคลุม สำหรับบุคคลที่อยู่ในข่ายความคุ้มครองของกองทุนประกันสังคมสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

- **ผู้ประกันตนโดยบังคับ** คือ ลูกจ้างที่ทำงานในสถานประกอบการซึ่งเป็นกิจการที่ต้องขึ้นทะเบียนกับกองทุนประกันสังคมตามที่สำนักงานประกันสังคมประกาศ¹ โดยถือเป็นผู้ประกันตน

¹ คุรยละเอียดสถานประกอบการที่เข้าข่ายต้องขึ้นทะเบียนกับกองทุนประกันสังคม ในภาพที่ 2.2
หัวข้อความครอบคลุม

ตามมาตรา 33 ของพระราชบัญญัติประกันสังคม (ในงานศึกษานี้จะเรียกผู้ประกันตนกลุ่มนี้ว่า “**ผู้ประกันตนตามมาตรา 33**”) ในปัจจุบันผู้ประกันตนกลุ่มนี้จะได้รับความคุ้มครองทั้ง 6 กรณี โดยผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินสมทบร้อยละ 3 ของค่าจ้าง (ดูตารางที่ 2.1 ประกอบ) การที่สำนักงานประกันสังคมอาศัยแนวทางการประกันโดยบังคับมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้ฐานผู้ประกันตนมีขนาดใหญ่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการแบ่งปันความเสี่ยงระหว่างกัน วิธีการนี้เชื่อว่าจะช่วยลดปัญหา Adverse Selection ซึ่งอาจจะเกิดขึ้นได้หากให้มีการประกันโดยสมัครใจ (Voluntary) นั่นคือผู้ที่คาดว่าตนเองจะมีโอกาสเกิดภัยมักจะเข้าระบบการประกัน แต่ผู้มีโอกาสเกิดความเสี่ยงน้อยจะไม่เข้าระบบ ซึ่งถ้าเป็นเช่นนั้นจะทำให้หลักการกระจายความเสี่ยงไม่บรรลุผล²

- **ผู้ประกันตนโดยสมัครใจ** คือ ผู้ที่ประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกของกองทุนประกันสังคมโดยสมัครใจ ซึ่งสำนักงานประกันสังคมได้เปิดโอกาสให้ลูกจ้างที่สิ้นสุดสภาพการจ้างงานและเคยเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 รวมทั้งได้ส่งเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 12 เดือนสามารถสมัครเป็นผู้ประกันตนโดยสมัครใจได้ภายใน 6 เดือนนับจากวันที่สิ้นสุดสภาพการจ้างงาน³ หากลูกจ้างรายนั้นยังประสงค์จะได้รับความคุ้มครองจากกองทุนต่อไป ทั้งนี้เป็นไปตามมาตรา 39 ของพระราชบัญญัติประกันสังคม (ในงานศึกษานี้จะเรียกผู้ประกันตนกลุ่มนี้ว่า “**ผู้ประกันตนตามมาตรา 39**”) โดยปัจจุบันผู้ประกันตนตามมาตรา 39 จะต้องจ่ายเงินสมทบเดือนละ 288 บาท (คำนวณจากฐานค่าจ้าง 4,800 X 6% ดูตารางที่ 2.1 ประกอบ) ซึ่งจะได้รับคุ้มครองจากกองทุนทั้ง 6 กรณี

นอกจากนี้สำนักงานประกันสังคมยังเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีขาดคุณสมบัติในการสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 และมาตรา 39 แต่ประสงค์จะได้รับความคุ้มครองจากกองทุนประกันสังคมก็สามารถสมัครเป็นผู้ประกันตนโดยสมัครใจได้โดยถือเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ของพระราชบัญญัติประกันสังคม (ในงานศึกษานี้จะเรียกผู้ประกันตนกลุ่มนี้ว่า “**ผู้ประกันตนตามมาตรา 40**”) วัตถุประสงค์ของการให้มีผู้ประกันตนตามมาตรา 40 นี้ก็เพื่อเปิดโอกาสให้แรงงานที่ประกอบวิชาชีพอิสระสามารถเข้าสมัครเป็นสมาชิกของกองทุนได้ ในปัจจุบันผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ต้องจ่ายเงินสมทบเป็นจำนวน 3,360 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งจะได้รับคุ้มครอง 3 กรณี คือ กรณีคลอดบุตร ทูพพลภาพ และตาย

² ดูเพิ่มเติมใน มัทนา พานานิรามย์ และ สมชาย สุขสิริเสรีกุล (2540) และ Ahmad, E. et. al. (1991)

³ สำหรับผู้ประกันตนตามมาตรา 33 เมื่อสิ้นสุดสภาพการจ้างจะยังคงได้รับความคุ้มครองใน 4 กรณี แรกจากกองทุนประกันสังคมต่อไปอีก 6 เดือนแม้จะไม่ได้จ่ายเงินสมทบในช่วงที่ออกจากงานแล้วก็ตาม

ในช่วงเริ่มต้นของการดำเนินงาน สำนักงานประกันสังคมกำหนดให้ลูกจ้างที่ทำงานในสถานประกอบการกิจการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไปเป็นกลุ่มแรกที่ต้องเข้าสู่ระบบ ต่อมาเมื่อวันที่ 2 กันยายน 2536 จึงขยายความครอบคลุมมาถึงกลุ่มลูกจ้างที่ทำงานในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป และตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2545 ได้ขยายไปถึงลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป โดยจำนวนผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ณ สิ้นเดือนมิถุนายน 2545 คือ 6,696,562 คน จากสถานประกอบการที่ขึ้นทะเบียนทั้งสิ้น 275,589 แห่ง และมีผู้ประกันตนตามมาตรา 39 จำนวน 125,646 คน ส่วนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 จนถึงปัจจุบันมีผู้สมัครเพียง 3 คน ซึ่งในที่นี้จะไม่พิจารณาผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ดังแสดงในตารางที่ 1.2

ตารางที่ 2.2 จำนวนสถานประกอบการ และผู้ประกันตน ช่วงปี 2541 – มิ.ย. 2545

	หน่วย	2541	2542	2543	2544	มิ.ย.2545
จำนวนสถานประกอบการ	แห่ง	93,093	100,360	107,228	110,814	275,589
จำนวนผู้ประกันตน	ราย	5,465,405	5,749,921	5,899,519	5,983,439	6,822,208
- ตามมาตรา 33	ราย	5,418,182	5,679,567	5,810,140	5,865,208	6,696,562
- ตามมาตรา 39	ราย	47,223	70,354	89,379	118,231	125,646

ที่มา : กองวิชาการและแผนงาน สำนักงานประกันสังคม

เป็นที่น่าสังเกตว่าที่ผ่านมาผู้ประกันตนที่เป็นสมาชิกของกองทุนประกันสังคมจะครอบคลุมกลุ่มการจ้างงานที่เป็นทางการเป็นหลัก (Formal sector) โดยเริ่มต้นที่กลุ่มลูกจ้างในสถานประกอบการขนาดใหญ่ก่อนแล้วจึงขยายมาถึงสถานประกอบการขนาดเล็กลงมา การดำเนินงานตามแนวทางนี้ค่อนข้างขัดกับหลักพื้นฐานในการสร้างหลักประกันทางสังคมที่ควรจะเป็นไปเพื่อป้องกันบุคคลที่มีความเป็นอยู่ต่ำกว่ามาตรฐานซึ่งเป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปว่าสถานประกอบการขนาดใหญ่มักจะมีสวัสดิการความคุ้มครองให้กับลูกจ้างของตนค่อนข้างดี เหตุผลหนึ่งที่ถูกยกมาอ้างถึงคือความไม่พร้อมในหลายๆ ด้านทำให้มีปัญหาในเชิงปฏิบัติหากนำระบบประกันสังคมมาใช้ เช่น ปัญหาการจัดเก็บฐานข้อมูลและการตรวจสอบจำนวนที่เป็นจริงของสถานประกอบการและตัวผู้ประกันตน หรือปัญหาในการกำหนดอัตราเงินสมทบของลูกจ้างที่ไม่มีรายได้แน่นอนหรือมีรายได้เป็นฤดูกาล นอกจากนี้ยังมีปัญหาต่อการระดมเงินสมทบประมาณของภาครัฐในส่วนของการจ่ายเงินสมทบกองทุนและการจัดสรรกำลังคนเพื่อรองรับการขยายความครอบคลุมไปยังสถานประกอบการขนาดเล็ก ความครอบคลุมที่ไม่ทั่วถึงโดยเฉพาะกลุ่มผู้มีรายได้ค่อนข้างต่ำทำให้แนวคิดที่จะให้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังไม่บรรลุผลและยังเป็นเครื่องชี้ถึงความไม่เท่าเทียมกันในระหว่างบุคคลกลุ่มต่างๆ จึงเกิดกระแสกดดันจากกลุ่มบุคคลเหล่านี้และนำไปสู่การดำเนินโครงการเฉพาะแต่ละกลุ่มแตกต่างกันไป

สิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตน รูปแบบของสิทธิประโยชน์แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะคือ สิทธิประโยชน์ทางการแพทย์พยาบาลและสิทธิประโยชน์เงินทดแทน (ดูภาคผนวก ก. เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตนจากกองทุนประกันสังคม) โดยสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์พยาบาล จะมีเฉพาะ 3 กรณีแรก คือ

- กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย จะให้สิทธิในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กรณีทั่วไป กรณีฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุ ทั้งในฐานะผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (ยกเว้น 15 โรค ตามประกาศฯ) สิทธิในการเบิกค่าทันตกรรม สิทธิการเบิกค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ เป็นต้น

- กรณีคลอดบุตร มีสิทธิรับค่าคลอดบุตรเหมาจ่าย 4,000 บาทต่อครั้งโดยผู้ประกันตนหนึ่งคนเบิกได้ไม่เกิน 2 ครั้ง ในกรณีที่ทั้งสามีและภรรยาเป็นผู้ประกันตนให้ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเป็นผู้ใช้สิทธิในแต่ละครั้ง ดังนั้นเมื่อรวมกันแล้วจะเบิกได้สูงสุดไม่เกิน 4 ครั้ง

- กรณีทุพพลภาพ มีสิทธิรับค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงเดือนละไม่เกิน 2,000 บาท และสิทธิเบิกค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ (ตามประเภทและอัตราที่สำนักประกันสังคมประกาศ)

ตารางที่ 2.3 จำนวนการใช้สิทธิในประโยชน์ทดแทนจากกองทุนประกันสังคม ช่วงปี 2541- ม.ย. 2545

	หน่วย	2541	2542	2543	2544	ม.ย.-ม.ย.2545
- ประสบอันตราย/เจ็บป่วย	ครั้ง	8,923,763	12,003,212	12,606,716	16,067,396	6,064,825
- คลอดบุตร	ราย	178,213	167,722	183,692	184,281	75,723
- ทุพพลภาพ	ราย	527	393	480	435	253
- ตาย	ราย	13,038	12,106	13,434	13,637	6,151
- สงเคราะห์บุตร	ราย	ยังไม่ครอบคลุม	149,926	471,238	584,484	647,073
- ชราภาพ	ราย	ยังไม่ครอบคลุม	2,986	12,333	16,963	8,229
- ว่างาน	ราย	ยังไม่ครอบคลุม				

ที่มา : กองวิชาการและแผนงาน สำนักงานประกันสังคม

สำหรับสิทธิประโยชน์เงินทดแทนจากกองทุนประกันสังคมจะช่วยให้ช่วยบรรเทาภาระหรือชดเชยให้แก่ผู้ประกันตนหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้ประกันตนซึ่งมีอยู่ในทั้ง 6 กรณี ในตารางที่ 2.3 แสดงจำนวนการใช้สิทธิในประโยชน์ทดแทนของกองทุนประกันสังคม ในช่วงปี 2541-มิถุนายน 2545

2.1.2 กองทุนเงินทดแทน

กองทุนเงินทดแทนเป็นกองทุนตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 จะให้ความคุ้มครองและหลักประกันแก่ลูกจ้างที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ทุพพลภาพ ตาย **อันเนื่องมาจากการทำงาน** โดยกำหนดให้สถานประกอบการซึ่งเป็นนายจ้างที่มีหรือเคยมีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไปต้องขึ้นทะเบียนและนายจ้างจะเป็นผู้จ่ายเงินสมทบแต่เพียงผู้เดียวโดยนำส่งปีละ 1 ครั้งภายใน

เดือนมกราคมของทุกปี ซึ่งอัตราเงินสมทบจะคิดเป็นสัดส่วนกับค่าจ้างโดยถูกกำหนดเป็นสองอัตราตามจำนวนปีที่ลงทะเบียนดังนี้

1. อัตราเงินสมทบหลัก (Basic Rates) คือการเก็บเงินสมทบในช่วง 4 ปีแรกของการขึ้นทะเบียน การเก็บจะขึ้นอยู่กับประเภทกิจการ (มี 131 รหัส) แตกต่างกันตามสภาพความเสี่ยงภัยจากการทำงานของลูกจ้างในแต่ละประเภทกิจการ (อยู่ระหว่างร้อยละ 0.2-1 ของค่าจ้าง เดิมกำหนดอยู่ระหว่างร้อยละ 0.2-2 แต่เนื่องจากวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจจึงมีการปรับลดตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2540)

2. อัตราเงินสมทบตามค่าประสบการณ์ (Experience Rates) คืออัตราเงินสมทบหลังจากนายจ้างขึ้นทะเบียนและจ่ายเงินสมทบไปแล้ว 4 ปีติดต่อกัน สำนักงานประกันสังคมจะคำนวณหาอัตราเงินสมทบประจำปีของนายจ้างแต่ละรายซึ่งอาจจะได้รับการเพิ่มหรือลดอัตราเงินสมทบ โดยจะคิดจากสถิติย้อนหลังสามปี ซึ่งอัตราการสูญเสียจะเท่ากับเงินทดแทนที่กองทุนฯจ่ายให้ลูกจ้างที่ประสบอันตรายรวม 3 ปี หาดด้วยเงินสมทบที่นายจ้างจ่ายมารวม 3 ปีคูณด้วย 100 ถ้าอัตราการสูญเสียที่คำนวณได้เท่ากับ 10 นายจ้างก็จะได้รับการลดอัตราเงินสมทบลงเป็น 80% จากอัตราเงินสมทบหลักที่เคยจ่าย ดังนั้นถ้านายจ้างเคยจ่ายเงินสมทบในอัตรา 1% ใน 4 ปีแรกเมื่อถึงปีที่ 5 ของการนำส่งเงินสมทบ นายจ้างก็จะจ่ายเงินสมทบ 0.2% ของค่าจ้างทั้งปี ซึ่งการเพิ่มหรือลดอัตราเงินสมทบที่คำนวณใหม่ กองทุนเงินทดแทนจะลดให้สูงสุดไม่เกินร้อยละ 80 และปรับเพิ่มไม่เกินร้อยละ 150 ของอัตราเงินสมทบหลัก การจัดเก็บอัตราเงินสมทบตามค่าประสบการณ์นี้ เพื่อส่งเสริมให้นายจ้างมีความระมัดระวังและมีมาตรการในการป้องกันเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการทำงาน

ขอบเขตความคุ้มครอง ผู้ที่อยู่ในข่ายได้รับความคุ้มครอง คือลูกจ้างของสถานประกอบกิจการที่ขึ้นทะเบียนกับกองทุนเงินทดแทนโดยได้รับความคุ้มครอง 3 กรณี คือประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ทุพพลภาพ และตาย อันเนื่องมาจากการทำงานหรือรักษาผลประโยชน์ให้นายจ้าง อย่างไรก็ตามในกรณีที่ลูกจ้างในสถานประกอบการที่ไม่เข้าข่ายต้องขึ้นทะเบียนกองทุนเงินทดแทนประสบเหตุตามความคุ้มครอง 3 กรณีดังกล่าวและได้มีการร้องเรียนจากลูกจ้างหรือสำนักงานประกันสังคมตรวจพบ ทางกองทุนเงินทดแทนจะดำเนินการวินิจฉัยออกคำสั่งให้นายจ้างจ่ายเงินทดแทนแก่ลูกจ้างตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 ในตารางที่ 2.4 แสดงจำนวนการวินิจฉัยของสำนักงานกองทุนเงินทดแทนทั้งที่อยู่ในความครอบคลุมและนอกความครอบคลุมของกองทุนเงินทดแทน

ตารางที่ 2.4 จำนวนการวินิจฉัยของสำนักงานกองทุนเงินทดแทน ช่วงปี 2541-มิถุนายน 2545

	หน่วย	2541	2542	2543	2544	ม.ค.-มิ.ย.2544
จำนวนการวินิจฉัยให้เงินทดแทนแก่ลูกจ้างที่อยู่ในความคุ้มครองของกองทุนเงินทดแทน						
- ตาย	ราย	790	611	620	607	231
- ทุพพลภาพทั้งหมด	ราย	19	12	16	20	2
- ทุพพลภาพบางส่วน	ราย	3,714	3,396	3,516	3,510	439
- เจ็บป่วย > 3 วัน	ราย	55,489	50,239	48,338	48,077	17,783
- เจ็บป่วย ≤ 3 วัน	ราย	126,486	117,739	127,076	137,407	52,770
รวม	ราย	186,498	171,997	179,566	189,621	71,225
จำนวนการวินิจฉัยให้นายจ้างจ่ายเงินทดแทนแก่ลูกจ้างที่อยู่นอกความคุ้มครองของกองทุนเงินทดแทน						
- ตาย	ราย	22	16	14	19	3
- ทุพพลภาพทั้งหมด	ราย	-	2	4	5	-
- ทุพพลภาพบางส่วน	ราย	39	41	37	63	19
- เจ็บป่วย > 3 วัน	ราย	16	20	24	43	7
- เจ็บป่วย ≤ 3 วัน	ราย	7	11	7	1	5
รวม	ราย	84	90	86	131	34

ที่มา : กองวิชาการและแผนงาน สำนักงานประกันสังคม

หมายเหตุ : - ลูกจ้างที่อยู่ในความคุ้มครองของกองทุนเงินทดแทน คือ ลูกจ้างของสถานประกอบการที่ขึ้นทะเบียน

กับกองทุนเงินทดแทนตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

- ลูกจ้างที่อยู่นอกความคุ้มครองของกองทุนเงินทดแทน คือ ลูกจ้างของสถานประกอบการที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนกับกองทุนเงินทดแทนเนื่องจากได้รับการยกเว้นหรือไม่อยู่ภายใต้ความครอบคลุมที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

- ในกรณีที่ลูกจ้างที่อยู่นอกความคุ้มครองของกองทุนเงินทดแทนประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ทุพพลภาพ หรือตายอันเนื่องมาจากการทำงาน กองทุนเงินทดแทนจะทำหน้าที่ดูแลผลประโยชน์ให้ลูกจ้าง โดยจะเป็นผู้วินิจฉัยสั่งให้นายจ้างจ่ายเงินทดแทนแก่ลูกจ้างตามอำนาจที่กำหนดในพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537

สิทธิประโยชน์ที่ให้แก่ลูกจ้าง มีลักษณะเช่นเดียวกับกองทุนประกันสังคม คือ สิทธิประโยชน์ด้านค่ารักษาพยาบาลซึ่งจะให้สิทธิรับการรักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นไม่เกิน 35,000 บาทต่อการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย 1 ครั้ง และถ้าหากเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บอย่างรุนแรงหรือเรื้อรังให้ผู้ประกันตนสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลตามที่จ่ายจริงเพิ่มได้อีกไม่เกิน 50,000 บาทและได้ค่าทดแทนการขาดรายได้ในอัตราร้อยละ 60 ของค่าจ้างในกรณีหยุดงานเกิน 3 วันขึ้นไป แต่ไม่เกิน 1 ปี สำหรับกรณีที่ต้องเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพให้สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ไม่เกิน 40,000 บาทและได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ในระหว่างหยุดพักรักษา ในอัตราร้อย

ละ 50 ของค่าจ้างรายเดือน โดยได้รับตามที่หยุดงานจริง ตามคำสั่งแพทย์ ครั้งละไม่เกิน 90 วัน และรวมกันไม่เกิน 180 วัน ต่อปี เว้นแต่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะได้รับไม่เกิน 365 วัน ในส่วนของสิทธิประโยชน์อื่นๆ จะอยู่ในรูปของเงินสงเคราะห์หรือเงินทดแทนเพื่อชดเชยบรรเทาภาระหรือชดเชยให้แก่ลูกจ้างหรือผู้พึ่งพาลูกจ้าง (ดูภาคผนวก ก. เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของลูกจ้างจากกองทุนเงินทดแทน)

ด้วยเหตุที่งานศึกษานี้มุ่งศึกษาการปรับตัวของระบบประกันสังคมในบริบทของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนั้นการศึกษานี้จึงจะเน้นเฉพาะการดำเนินงานและแผนงานของกองทุนประกันสังคมเป็นหลัก

2.2 ระบบการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

สำนักงานประกันสังคมอาศัยเครือข่ายสถานพยาบาลที่มีอยู่แล้วซึ่งค่อนข้างครอบคลุมทั่วประเทศทั้งของภาครัฐ (สถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทบวงมหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร และอื่นๆ) และภาคเอกชนในการให้การรักษาผู้ประกันตน โดยสำนักงานประกันสังคมจะทำสัญญาเฉพาะกับสถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาหลัก สถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาหลักสามารถสร้างเครือข่ายในการรักษาพยาบาลของตนได้ และเป็นผู้กำหนดรูปแบบการจ่ายเงินเอง แต่ต้องแจ้งให้สำนักงานประกันสังคมทราบว่าสถานพยาบาลใดอยู่ในเครือข่ายของตนบ้าง รูปแบบการจัดระบบเครือข่ายสถานพยาบาลอาจแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ

- สถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาหลัก (Main Contractor) โรงพยาบาลรัฐในระดับโรงพยาบาลทั่วไปเป็นสถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาหลักตามมติคณะรัฐมนตรี สถานพยาบาลเหล่านี้จึงไม่ถูกตรวจสอบมาตรฐานก่อนเข้ามาเป็นคู่สัญญาหลัก แต่โรงพยาบาลเอกชน รวมทั้งโรงพยาบาลรัฐที่เข้ามาใหม่⁴ จะต้องเข้าหลักเกณฑ์และมาตรฐานที่คณะกรรมการการแพทย์ซึ่งแต่งตั้งโดยสำนักงานประกันสังคมกำหนดไว้ เช่น ต้องเป็นสถานพยาบาลที่มีขนาดไม่น้อยกว่าหนึ่งร้อยเตียง⁵ มีการบริการทางการแพทย์ตั้งแต่สิบสองสาขาหลักขึ้นไป มีบริการส่งตัวผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการบริการทางการแพทย์จนถึงสุดการรักษา เป็นต้น ทั้งนี้สถานพยาบาลต้องยื่นแบบคำขอและต้องผ่านการตรวจ 11 มาตรฐานตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด⁶ สถานพยาบาลเหล่านี้มี

⁴ เช่นโรงพยาบาลกระทุ่มแบนซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่สมัครเข้าเป็นสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักกับสำนักงานประกันสังคม

⁵ สถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาหลักไม่จำเป็นต้องเปิดเตียงจำนวน 100 เตียงเสมอไป แต่ถ้าจำนวนคนไข้มีมากขึ้น สถานพยาบาลนั้นจะต้องเปิดเตียงได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

⁶ ดูประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง “กำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน” (11 เมษายน 2538) ในภาคผนวก ข

หน้าที่ในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนที่เลือกขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาล (ยกเว้นกรณีฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุ สถานพยาบาลนั้นๆ ต้องให้บริการกับผู้ประกันตนแม้ว่าผู้ประกันตนนั้นจะไม่ได้เลือกขึ้นทะเบียนกับตนไว้ก็ตาม)

- สถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาระดับรอง หรือสถานพยาบาลเครือข่าย (Sub Contractor) เพื่อให้ผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลหลักให้สามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์ได้โดยสะดวก สำนักประกันสังคมจึงสนับสนุนให้สถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาหลักสามารถทำข้อตกลงกับสถานพยาบาลใดๆ ที่ได้รับใบอนุญาตให้ดำเนินการประกอบโรคศิลป์แผนปัจจุบันสาขาเวชกรรมชั้นหนึ่งประเภทผู้ป่วยทั่วไปเป็นคู่สัญญาระดับต้นเพื่อเป็นเครือข่ายในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนซึ่งปกติจะเป็นสถานพยาบาลขนาดเล็กหรือโพลีคลินิกหรือคลินิก โดยสำนักประกันสังคมไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดเงื่อนไขของคู่สัญญาทั้งสองโดยตรง

- สถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาระดับตติยภูมิ หรือสถานพยาบาลระดับสูงกว่า (Tertiary Care หรือ Supra Contractor) ในกรณีที่สถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาหลักหรือสถานพยาบาลในเครือข่ายไม่สามารถรักษาผู้ป่วยได้ สถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาหลักอาจทำข้อตกลงในการส่งต่อผู้ป่วยกับคู่สัญญาระดับตติยภูมิซึ่งมีศักยภาพสูงกว่า เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องซึ่งสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาทั้งหมด

สถานพยาบาลทั้ง 3 กลุ่มนี้ถือเป็นเครือข่ายหลักในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน ซึ่งในทางปฏิบัติสำนักประกันสังคมจะมีบทบาทโดยตรงกับสถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาหลักเท่านั้น เช่น การให้ผู้ประกันตนสามารถเลือกสถานพยาบาลจากคู่สัญญาหลักเหล่านี้ การจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลให้คู่สัญญาหลักที่ผู้ประกันตนเลือก เป็นต้น ขณะที่สถานพยาบาลเหล่านี้จะไปทำข้อตกลงกับสถานพยาบาลระดับต้นและระบบตติยภูมิอีกทอดหนึ่งทั้งในส่วนของการข้อตกลงการจ่ายค่ารักษาพยาบาลระหว่างกัน ระบบการส่งต่อ ฯลฯ จากข้อมูล ณ สิ้นเดือนมิถุนายน 2545 มีสถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนที่เป็นคู่สัญญาหลักกับสำนักงานประกันสังคมอยู่ 268 แห่ง และมีคู่สัญญาที่เป็นเครือข่าย 4,832 แห่ง

สำหรับการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล ผู้ประกันตนสามารถเลือกสถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาหลักกับสำนักงานประกันสังคมได้ตามที่ต้องการ (ตั้งแต่ปี 2540 เป็นต้นมา) โดยสำนักงานประกันสังคมจะกำหนดโควตาการรับขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนตามศักยภาพของแต่ละสถานพยาบาล ซึ่งในทางปฏิบัติ สถานพยาบาลเอกชนที่ขอเป็นคู่สัญญาหลักกับสำนักงานประกันสังคมในปีแรกจะถูกกำหนดโควตาเริ่มต้นไม่เกิน 25,000 คน แม้ว่าศักยภาพที่รับได้จริงจะสูงกว่านี้ก็ตาม หากพบว่าสถานพยาบาลนั้นไม่มีปัญหาในการให้บริการผู้ประกันตน สถานพยาบาลก็สามารถขอเพิ่มโควตาได้อีกปีละไม่เกิน 25,000 คน แต่รวมแล้วสูงสุดไม่เกิน 100,000

คน ในส่วนของสถานพยาบาลภาครัฐจะถูกกำหนดโควตาให้รับขึ้นทะเบียนได้สูงสุดไม่เกิน 575,000 คน ซึ่งในความเป็นจริงยังไม่มีสถานพยาบาลใดที่มีผู้เลือกขึ้นทะเบียนสูงถึงระดับนี้ จึงกล่าวได้ว่าสถานพยาบาลภาครัฐไม่มีข้อจำกัดในการรับขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน สำหรับกรณีของสถานพยาบาลเอกชน หากมีผู้เลือกขึ้นทะเบียนเกินกว่าจำนวนที่สถานพยาบาลนั้นจะรับได้ สำนักประกันสังคมได้กำหนดให้ใช้หลักผู้ใดเลือกก่อนผู้นั้นจะได้สิทธิก่อน ดังนั้นผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนช้ากว่าจะต้องเลือกสถานพยาบาลคู่สัญญาอื่นแทน ในกรณีที่ผู้ประกันตนเลือกขึ้นทะเบียนในวันเดียวกันให้สถานพยาบาลนั้นสามารถรับผู้ประกันตนได้ทั้งหมด หรือหากเป็นผู้ประกันตนจากสถานประกอบการแห่งเดียวกัน (สถานประกอบการรวบรวมรายชื่อส่งสถานพยาบาลในครั้งเดียว) ก็ให้สถานพยาบาลนั้นรับไว้หมดเช่นกัน

จากที่กล่าวข้างต้นจะเห็นว่า ด้วยระบบการให้บริการโดยอาศัยเครือข่ายที่มีอยู่แล้ว (Indirect System) ทำให้ช่วยประหยัดค่าใช้จ่าย ระยะเวลาการเตรียมการในการสร้างเครือข่ายสถานพยาบาลสำหรับผู้ประกันสุขภาพ และไม่ก่อให้เกิดระบบคู่ขนาน (Dual System) ที่อาจเป็นสาเหตุแห่งความไม่เท่าเทียมกันในด้านการบริการระหว่างผู้ประกันตนและผู้ที่ไม่ได้ประกันตน อย่างไรก็ตามระบบทางอ้อมนี้ทำให้เกิดคำถามเกี่ยวกับความพร้อมของสถานพยาบาลและคุณภาพการให้บริการ นอกจากนี้เมื่อพิจารณาถึงนโยบายที่เปิดโอกาสให้ผู้ประกันตนสามารถเลือกสถานพยาบาลได้เองซึ่งโดยหลักการแล้วน่าจะส่งผลดีแก่ผู้ประกันตน เนื่องจากเป็นระบบที่ก่อให้เกิดการแข่งขันกันระหว่างสถานพยาบาลในการให้บริการเพื่อจูงใจให้ผู้ประกันตนเลือกขึ้นทะเบียนกับตนในปีต่อไป แต่หากมองในอีกมุมหนึ่งก็มีโอกาสจะเกิดการกระจุกตัวของผู้อยากขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลบางแห่งที่มีชื่อเสียงจนเกินความสามารถในการให้บริการ⁷ ในส่วนของผลกระทบจากการใช้ระบบการจัดการสถานพยาบาลและเครือข่ายดังกล่าวจะกล่าวถึงในบทที่ 3

2.3 ระบบการจ่ายสิทธิประโยชน์ทางการรักษาพยาบาล

ในการให้ความคุ้มครองผู้ประกันตนสำหรับส่วนของสิทธิประโยชน์ทางการรักษาพยาบาลนั้น สำนักงานประกันสังคมได้กำหนดรูปแบบการจ่ายไว้ 2 ลักษณะ คือการจ่ายให้สถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนเลือกขึ้นทะเบียนไว้หรือเข้ารับการรักษา และการจ่ายให้แก่ผู้ประกันตนโดยตรง (ดูภาพที่ 2.4 ประกอบ) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกรณีความเจ็บป่วยและประเภทความคุ้มครอง ดังนี้

2.3.1 การจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้สถานพยาบาล สำนักงานประกันสังคมได้จัดแบ่งการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลเป็นหลายส่วนตามแต่กรณีความเจ็บป่วยและ

⁷ ในการประเมินของสำนักงานประกันสังคมจะไม่คำนึงถึงศักยภาพของสถานพยาบาลที่เป็นเครือข่ายของสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักนั้น

เพื่อวัตถุประสงค์ต่างๆ ดังต่อไปนี้ (ดูภาคผนวก ก. ลำดับการเปลี่ยนแปลงสิทธิที่ให้แก่ผู้ประกันตน ของกองทุนประกันสังคม ช่วงปี 2534-2544 ประกอบ)

(1) ระบบการเหมาจ่ายเป็นรายหัว (Fee for capitation) สำนักงานประกันสังคมใช้วิธีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์โดยการเหมาจ่ายรายหัวเป็นหลักในการดำเนินงาน⁸ การจ่ายนี้จะไม่คำนึงว่าผู้ประกันตนจะมีการเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาจากสถานพยาบาลหรือไม่ก็ตาม สำนักงานประกันสังคมเลือกให้ระบบนี้เนื่องจากเป็นวิธีที่ประหยัดค่าใช้จ่ายในการบริหารและไม่ต้องใช้เจ้าหน้าที่จำนวนมากในการตรวจสอบการเบิกจ่ายค่าบริการพยาบาล นอกจากนี้สำนักงานประกันสังคมยังสามารถทราบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายให้สถานพยาบาลล่วงหน้า ด้วยระบบนี้ผู้ประกันตนสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลที่ตนเองเลือกขึ้นทะเบียนซึ่งสำนักงานประกันสังคมจะออกบัตรรับรองสิทธิการรักษาในสถานพยาบาลที่เลือกไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานการเข้ารับการรักษา ในการเข้ารับบริการจะไม่มีกำหนดจำนวนครั้งและจำนวนเงิน โดยผู้ประกันตนไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ แก่สถานพยาบาลยกเว้นค่าใช้จ่ายในด้านบริการอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและกลุ่มโรคหรือบริการที่ยกเว้น โดยสำนักงานประกันสังคมกำหนดในสัญญาให้สถานพยาบาลให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนภายใต้หลักการดังนี้

- ให้ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคและการบำบัดทางการแพทย์จนถึงที่สุดการรักษา
- ให้ได้รับการกินอยู่และการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลจนถึงที่สุดการรักษา
- ให้ได้รับยาและเวชภัณฑ์ที่มีมาตรฐานไม่ต่ำกว่ามาตรฐานบัญชียาหลักแห่งชาติ
- ให้ได้รับการจัดส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล
- ให้ได้รับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยมีการให้สุขศึกษาและภูมิคุ้มกันโรคตามโครงการแห่งชาติ

สำหรับวิธีการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาล สำนักงานประกันสังคมจะคำนวณจากจำนวนผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลโดยเฉลี่ยโดยแบ่งจ่ายเป็นรายเดือนๆ ละ 75% ของจำนวนผู้ประกันตน ณ วันทำการสุดท้ายของเดือนก่อนหน้าและจะคำนวณจ่ายอีก 25% ของจำนวนผู้ประกันตนเฉลี่ยของเดือนนั้นๆ ภายใน 3 เดือนนับจากเดือนที่จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ 75% ไปแล้ว ในทางปฏิบัติจะจ่ายภายในเดือนถัดไปโดยจะจ่ายให้ในวันที่ 15 ของแต่ละเดือนยกเว้นเดือนธันวาคม ส่วนของค่าบริการอีก 25% จะจ่ายให้ภายในวันทำการสุดท้ายของปี (ดูวิธีการคำนวณในกรอบตัวอย่างการคำนวณเงินค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่าย)

⁸ ดู หลักการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัว ในภาคผนวก ค

ในช่วงเริ่มต้นของการดำเนินงาน ปี 2534 สำนักงานประกันสังคมกำหนดอัตราเหมาจ่ายให้สถานพยาบาลจำนวน 700 บาทต่อคนต่อปี ต่อมาสถานพยาบาลเอกชนต้องการให้สำนักงานประกันสังคมเพิ่มอัตราเหมาจ่ายโดยอ้างถึงความอยู่รอด จึงมีการเพิ่มอัตราเหมาจ่ายให้สูงขึ้น และเพิ่มวิธีการจ่ายแบบต่างๆ ซึ่งจะกล่าวถึงต่อไป ปี 2538 อัตราเหมาจ่ายเพิ่มเป็น 800 บาทต่อคนต่อปีใน จากนั้นปี 2541 ปรับเพิ่มเป็น 1,000 บาทต่อคนต่อปีสำหรับสถานพยาบาลที่มีผู้ประกันตนขอขึ้นทะเบียนไม่เกิน 50,000 คน และจ่ายให้ 900 บาทต่อคนต่อปีในกรณีที่มีผู้ประกันตนขอขึ้นทะเบียนเกิน 50,000 คน ต่อมาได้ปรับเพิ่มเป็น 1,100 บาทต่อคนต่อปีอัตราเดียวกันทุกโรงพยาบาลตั้งแต่ตุลาคม 2543 จนถึงปัจจุบัน ในปี 2544 สำนักงานประกันสังคมเหมาจ่ายให้สถานพยาบาลทั้งสิ้น 6,518 ล้านบาท จากจำนวนผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาล 5.93 ล้านคน (ยอดเฉลี่ยทั้งปี) และมีผู้ใช้บริการทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน 15.13 ล้านครั้ง

ตัวอย่างการคำนวณเงินค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่าย

สมมติให้โรงพยาบาล ก. เป็นคู่สัญญาหลักกับสำนักงานประกันสังคมมีจำนวนผู้ประกันตนเลือกขึ้นทะเบียนเมื่อวันที่ 1 ม.ค. (ยกมาจากรวันที่ 30 ธันวาคม ปีก่อน) 10,000 คน และวันที่ 1 ก.พ. มีจำนวน 15,000 คน ถ้าสำนักงานประกันสังคมกำหนดค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่าย 1,100 บาท/คน/ปี (หรือประมาณ 91.67 บาท/คน/เดือน) ดังนั้นค่าบริการทางการแพทย์และเวลาที่จ่ายให้โรงพยาบาล ก. จะเป็นดังนี้

1 ม.ค. จำนวนผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียน = 10,000 คน (ยกมาจาก 30 ธันวาคม ปีก่อน)

15 ม.ค. สำนักงานประกันสังคมจ่ายเงินให้โรงพยาบาล ก. ร้อยละ 75 ของเงินเหมาจ่าย 91.67 บาทคูณด้วยจำนวนผู้ขึ้นทะเบียน 10,000 คน นั่นคือ

$$\text{ค่ารักษาพยาบาล (ม.ค.) } 75\% = 0.75 \times 91.67 \times 10,000 = \underline{687,525 \text{ บาท}}$$

1 ก.พ. จำนวนผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียน = 15,000 คน (ยกมาจาก 31 มกราคม)

15 ก.พ. ค่ารักษาพยาบาลที่จ่ายให้โรงพยาบาล ก. จะมี 2 ส่วน คือ

(1) ค่ารักษาพยาบาลอีกร้อยละ 25 ของเดือนมกราคม คำนวณได้ดังนี้

$$\text{ค่ารักษาพยาบาล (ม.ค.) } 100\% = 91.67 \times (10,000 + 15,000) / 2$$

$$= 1,145,875 \text{ บาท}$$

$$\text{ค่ารักษาพยาบาล (ม.ค.) } 25\% = \text{ค่ารักษาพยาบาล (ม.ค.) } 100\% - \text{ค่ารักษาพยาบาล (ม.ค.) } 75\%$$

$$= 1,145,875 - 687,525$$

$$= 458,350 \text{ บาท}$$

(2) ค่ารักษาพยาบาลร้อยละ 75 ของเดือนกุมภาพันธ์ คำนวณได้ดังนี้

$$\text{ค่ารักษาพยาบาล (ก.พ.) } 75\% = 0.75 \times 91.67 \times 15,000 = 1,031,287.5 \text{ บาท}$$

$$\text{ดังนั้น ค่ารักษาพยาบาลที่จะจ่ายรวมในเดือน ก.พ.} = 458,350 + 1,031,287.5 = \underline{1,489,637.5 \text{ บาท}}$$

หมายเหตุ : ใช้วิธีการคำนวณจากข้อกำหนดการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่าย ปี 2541 โดยกองวิชาการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม แต่ได้ปรับจำนวนเงินเหมาจ่ายเป็น 1,100 บาท/คน/ปี ตามที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

(2) การจ่ายค่าบริการจัดการข้อมูลและส่งเสริมปริมาณที่ให้บริการ (Utilization Related) ในปี 2538 สำนักประกันสังคมได้เริ่มโครงการกระตุ้นสถานพยาบาลให้เกิดการแข่งขันด้านการบริการรักษาผู้ประกันตนเพื่อลดข้อบกพร่องของระบบเหมาจ่ายและเป็นการจูงใจให้สถานพยาบาลสร้างเครือข่ายเพิ่มขึ้นอันจะเป็นผลดีแก่ผู้ประกันตน จึงกำหนดจ่ายเงินเพิ่มเติมให้สถานพยาบาลไม่เกิน 100 บาท/คน/ปี หากสถานพยาบาลใดจัดส่งข้อมูลการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนตามเวลาและครบถ้วน กล่าวคือ ให้จัดส่งเป็นประจำทุกเดือนภายในเดือนถัดจากเดือนที่ให้บริการ เช่น รายงานอัตราการให้บริการทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นในเดือนมกราคมจะต้องจัดส่งภายในเดือนกุมภาพันธ์ ทั้งนี้จะต้องจัดส่งรายงานตามกำหนดไม่น้อยกว่า 7 เดือนภายใน 1 รอบปีปฏิทิน โดยข้อมูลที่จัดส่งจะให้สถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาหลักเป็นผู้รวบรวมทั้งของตนเองและสถานพยาบาลเครือข่ายในรูปของดิสเก็ต⁹ หากสถานพยาบาลใดปฏิบัติได้ตามนี้สำนักประกันสังคมจะจ่าย “ค่าบริการจัดการข้อมูล” เพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลนั้นในอัตรา 30 บาทต่อคนต่อปี

เมื่อสำนักประกันสังคมได้รับรายงานการใช้บริการทางการแพทย์มาแล้วก็จะนำข้อมูลมาประมวลผลหาค่าเปอร์เซ็นต์ไคล์ (Percentile)¹⁰ โดยพิจารณาจาก อัตราการให้บริการของผู้ป่วยนอก และจำนวนวันที่เข้ารับการรักษของผู้ป่วยใน ซึ่งจะมีการให้น้ำหนักแตกต่างกัน คือ

- ผู้ป่วยนอก ให้น้ำหนัก 1 คะแนนต่อการให้บริการ 1 ครั้ง
- ผู้ป่วยใน ให้น้ำหนัก 4.97 คะแนนต่อการให้บริการ 1 วัน

จากนั้นจึงนำคะแนนที่ได้ทั้งหมดมาหารด้วยจำนวนผู้ประกันตนซึ่งจะได้คะแนนของการให้บริการต่อผู้ประกันตน 1 ราย แล้วนำคะแนนมาเรียงตามลำดับเพื่อจ่ายเป็น “ค่าส่งเสริมปริมาณที่ให้บริการ” ดังนี้

ค่า Percentile	<= 30	จ่าย 30 บาท/คน	
10% {	31 – 40	จ่ายเพิ่ม 10 บาท/คน	} 10 บาท
	41 – 50	จ่ายเพิ่ม 20 บาท/คน	
	:	:	
	91 – 100	จ่ายเพิ่ม 70 บาท/คน	

⁹ ข้อมูลที่จัดส่ง แบ่งเป็น ข้อมูลการรักษาผู้ป่วยนอก เช่น รายงานจำนวนครั้งของการตรวจโดยแยกเป็นสาเหตุ (เจ็บป่วย อุบัติเหตุ ฯลฯ) แยกจำนวนครั้งของการตรวจตามห้องตรวจต่างๆ รวมทั้งค่าบริการทางการแพทย์ตามหมวดต่างๆ ด้วย ส่วนผู้ป่วยในให้มีการทำบัญชีจำแนกโรคตามมาตรฐานระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก

¹⁰ ดู บรรเทา และคณะ (2538)

เศษทศนิยมของค่าเปอร์เซ็นต์ที่คำนวณได้ให้ปัดเศษ (เศษ 0.5 ขึ้นไปปัดขึ้น หากเศษต่ำกว่า 0.5 ให้ปัดลง) สำหรับการจ่ายเงินในทางปฏิบัติจะจ่ายให้ภายในเดือนเมษายนของปีถัดไป จากข้อมูลของปี 2544 ปรากฏว่าอัตราค่าบริการทางการแพทย์ที่จ่ายคิดเป็นเงินรวมทั้งสิ้น 329.67 ล้านบาท หรือเทียบเป็นอัตราเหมาจ่ายประมาณ 55 บาทต่อจำนวนผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาล

(3) การจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ในกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จ่ายเมื่อผู้ประกันตนไม่สามารถไปรับบริการในสถานพยาบาลที่ตนเองเลือกขึ้นทะเบียนไว้ กรณีเช่นนี้ผู้ประกันตน (หากจ่ายล่วงหน้าไปก่อน) หรือสถานพยาบาลที่ให้การรักษาสสามารถขอเบิกค่าบริการพยาบาลกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้จากสำนักงานประกันสังคมในเขตพื้นที่ที่สถานพยาบาลนั้นตั้งอยู่ สำหรับค่าบริการพยาบาลที่เกิดขึ้นใน 72 ชั่วโมงแรก (ดูภาคผนวก ก ประกอบ) ทั้งนี้ผู้เกี่ยวข้องจะต้องแจ้งให้สถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนขึ้นทะเบียนรับทราบเพื่อให้ตัดสินใจว่าจะนำกลับไปรักษาหรือให้รักษาต่อ โดยสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนต้องรับผิดชอบค่าบริการพยาบาลนับตั้งแต่นั้นไป นอกจากนี้ ในกรณีที่ผู้ประกันตนที่เพิ่งเข้าเป็นสมาชิกกองทุนประกันสังคมและมีสิทธิในการรับความคุ้มครองกรณีเจ็บป่วยแต่ยังไม่ได้รับบัตรประกันสังคมสามารถใช้สิทธิตามเงื่อนไขการจ่ายกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉินนี้ได้โดยอนุโลมจนกว่าจะได้รับบัตรรับรองสิทธิ สำหรับข้อมูลการใช้สิทธิกรณีการจ่ายประเภทนี้ของปี 2544 พบว่ามีผู้ประกันตนใช้สิทธิจากเหตุฉุกเฉินและอุบัติเหตุรวม 75,910 ราย คิดเป็นเงิน 162.78 ล้านบาท หรือ 2,144 บาทต่อราย

(4) การจ่ายนอกเหนือกรณีเหมาจ่าย เป็นค่าบริการพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดจ่ายให้สถานพยาบาลตามประเภทความเจ็บป่วยของผู้ประกันตนเป็นกรณีเฉพาะ ซึ่งการรักษาเหล่านี้ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทาง เช่น การรักษาไตวายเฉียบพลันที่มีระยะเวลารักษาไม่เกิน 60 วัน การใช้เคมีบำบัดหรือรังสีรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง การผ่าตัดใส่อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคภายในร่างกาย การผ่าตัดสมองหรือหัวใจ การทำหมัน เป็นต้น สำหรับขั้นตอนการเบิกจ่ายในเบื้องต้นให้สถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนขึ้นทะเบียนอยู่เป็นผู้รับผิดชอบค่าบริการพยาบาลก่อน จากนั้นให้สถานพยาบาลนั้นทำหนังสือขอเบิกจากกองประโยชน์ทดแทนตามรายการที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินอัตราที่กำหนด (ดูเงื่อนไขการจ่ายในภาคผนวก ก) จากข้อมูลปี 2544 มีกรณีการเบิกจ่ายค่าแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์จำนวน 11,970 ราย คิดเป็นเงินทั้งสิ้น 89.80 ล้านบาท หรือ 7,502 บาทต่อราย

(5) การจ่ายเงินค่ารักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง เพื่อเป็นการบรรเทาภาระให้แก่สถานพยาบาลที่รับขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนที่ป่วยด้วยโรคร้ายแรงที่มีค่าใช้จ่ายสูง สำนักงานประกันสังคมจึงได้กำหนดจ่ายค่าบริการพยาบาลสำหรับโรคบางชนิดที่มีค่าใช้จ่ายสูง ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคไต

วายเป็นโรคร้ายที่สุดท้ายที่ต้องพอกเลือกด้วยเครื่องไตเทียม¹¹ หรือการปลูกถ่ายไขกระดูก (ดูเงื่อนไขการจ่ายในภาคผนวก ก ประกอบ) กรณีเหล่านี้สถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนขึ้นทะเบียนอยู่จะยื่นหนังสือถึงกองประสานการแพทย์ผ่านสำนักงานประกันสังคมในพื้นที่ที่สถานพยาบาลนั้นตั้งอยู่ เมื่อกองประสานการแพทย์รับเรื่องแล้วจะนำเข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการแพทย์เพื่ออนุมัติ หากได้รับความเห็นชอบแล้วให้ผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษาโรคดังกล่าวและเป็นสถานพยาบาลที่อยู่ในความตกลงกับสำนักงานประกันสังคม เมื่อผู้ประกันตนเข้ารับการรักษาแล้ว สถานพยาบาลที่ให้การรักษาก็จะเป็นผู้ทำเรื่องเบิกจากสำนักงานประกันสังคมต่อไป ข้อมูลการเบิกจ่ายในปี 2544 พบว่ากรณีไตวายเรื้อรังมีการอนุมัติจ่ายคิดเป็นเงิน 94.57 ล้านบาท โดยมีผู้ใช้สิทธินี้ 12,560 ครั้ง หรือ 7,529 บาทต่อครั้ง และการเบิกจ่ายกรณีปลูกถ่ายไขกระดูกมีจำนวน 12 ราย คิดเป็นเงิน 6.01 ล้านบาท หรือประมาณ 501,158 บาทต่อราย

(6) การจ่ายค่าบริการตามภาวะเสี่ยง เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระการรักษาผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคเรื้อรัง (กำหนดไว้ 8 โรค) และผู้ป่วยในซึ่งมีค่าใช้จ่ายในการให้บริการค่อนข้างสูง ในปี 2544 สำนักประกันสังคมจึงเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้แก่สถานพยาบาลในรูปของการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาวะความเสี่ยงโดยกำหนดวงเงินสำหรับค่ารักษาพยาบาลที่จ่ายเพิ่มเติมส่วนนี้ตามจำนวนผู้ประกันตนทุกโรงพยาบาลรวมกันรายละ 150 บาทต่อปีแบ่งจ่ายเป็น 2 งวด โดยงวดครึ่งปีแรกจะจ่ายให้ภายในเดือนกันยายนของปี (ใช้ข้อมูลผู้ประกันสังคมที่แต่ละโรงพยาบาลส่งในช่วงเดือนมกราคม-มิถุนายน) ส่วนงวดครึ่งปีหลังจะจ่ายให้ภายในเดือนมีนาคมของปีถัดไป (ใช้ข้อมูลช่วงเดือนกรกฎาคม-ธันวาคม) โรงพยาบาลที่จะได้รับเงินส่วนนี้ต้องส่งข้อมูลผู้ป่วยประกันสังคมแต่ละเดือนให้แก่สำนักงานประกันสังคมภายในสองเดือนนับถัดจากเดือนที่ให้บริการทางการแพทย์ และสำนักงานประกันสังคมตรวจสอบแล้วว่าข้อมูลที่ส่งให้ถูกต้องตามข้อเท็จจริงไม่เช่นนั้นข้อมูลดังกล่าวจะไม่ถูกนำมาพิจารณา (การตรวจสอบในช่วงแรกจะใช้วิธีการสุ่ม คาดว่าในระยะยาวจะสามารถตรวจสอบได้ครอบคลุมทั้งหมด)

ภาพที่ 2.3 ได้แสดงขั้นตอนการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามภาวะเสี่ยง โดยเมื่อได้ข้อมูลจำนวนผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนกับแต่ละโรงพยาบาลแล้ว สำนักประกันสังคมจะคำนวณวงเงินรวมที่จะจ่ายให้สถานพยาบาล (จำนวนผู้ประกันตนทุกโรงพยาบาลเฉลี่ย 6 เดือน X 150/2) โดยคำนวณทุกงวดครึ่งปี จากนั้นนำมาแบ่งเป็นจำนวนเงินที่จ่ายตามภาวะผู้ป่วยนอก (กำหนดให้

¹¹ สังเกตว่าจำเป็นต้องเป็นกรณีไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเท่านั้นจึงเบิกจ่ายได้ตามเงื่อนไขนี้ ถ้าเป็นกรณีไตวายเรื้อรังชนิดเฉียบพลันให้เบิกตามประเภทการรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ (ข้อ (4)) แต่ทั้งสองกรณีจะไม่รวมถึงกรณีไตวายเรื้อรัง

เป็นร้อยละ 55 ของวงเงินรวม) และจำนวนเงินที่จ่ายตามภาวะผู้ป่วยใน (กำหนดเป็นร้อยละ 45 ของวงเงินรวม)

ในการคำนวณเงินที่จะจัดสรรให้แต่ละโรงพยาบาล สำนักงานประกันสังคมจะนำจำนวนเงินที่จ่ายตามภาวะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมาจัดสรรให้ตามภาระส่วนเกินของแต่ละโรงพยาบาลเทียบกับภาระส่วนเกินของทุกโรงพยาบาล (ภาระส่วนเกิน กรณีผู้ป่วยนอกจะคำนวณจากคะแนนน้ำหนักโรคเรื้อรัง ส่วนกรณีผู้ป่วยในจะคำนวณจากคะแนนน้ำหนักสัมผัสแต่ละกลุ่มโรค (DRG - Diagnosis Related Groups)) สำหรับรายละเอียดวิธีการคำนวณเงินดูในภาคผนวก ง

ตารางที่ 2.5 แสดงจำนวนเงินที่สำนักงานประกันสังคมจ่ายให้แก่สถานพยาบาลโดยตรงแยกตามประเภทการจ่าย ตลอดช่วงปี 2534-2544 จะเห็นว่าจำนวนเงินที่จ่ายค่าบริการทางการแพทย์โดยรวมต่อจำนวนผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากรายละ 299 บาทในปี 2534 (จากอัตราเหมาจ่าย 700 บาท)¹² เป็น 1,365 บาทในปี 2544 ซึ่งเป็นผลมาจากการปรับอัตราเหมาจ่ายรายหัว รวมถึงการจ่ายเงินเพิ่มพิเศษเป็นค่าบริการตามภาวะเสี่ยงและการเพิ่มสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลต่างๆ (ดูภาคผนวก ก ประกอบ)

1.7.2 การจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ผู้ประกันตนโดยตรง นอกเหนือจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้สถานพยาบาลแล้ว สำนักงานประกันสังคมยังให้สิทธิประโยชน์ซึ่งเกี่ยวข้องกับสุขภาพกับผู้ประกันตนโดยตรง โดยแบ่งเป็น (ดูภาคผนวก ก ประกอบ)

(1) การจ่ายค่าทันตกรรม เป็นการจ่ายให้แก่ผู้ประกันตนที่มีสิทธิในความคุ้มครองกรณีเจ็บป่วยทั่วไป โดยจะต้องเป็นการรักษาฟันประเภทถอน อุด หรืออุดหินปูนเท่านั้น โดยจะเบิกได้ครั้งละไม่เกิน 200 บาท และปีละไม่เกิน 400 บาท จากข้อมูลในปี 2544 มีผู้ใช้สิทธิเบิกตามรายการนี้ 797,554 ราย คิดเป็นเงิน 156.87 ล้านบาท หรือ 196 บาทต่อราย

(2) ค่าผ่าตัดใส่เลนส์เทียมของลูกตา กรณีนี้สำนักงานประกันสังคมจะเหมาจ่ายเป็นค่าเลนส์เทียมข้างละ 4,000 บาท

(3) ค่าคลอดบุตรเหมาจ่าย เป็นสิทธิประโยชน์นี้ให้แก่ผู้ประกันตนที่ได้รับความคุ้มครองจากกรณีคลอดบุตร (สามีหรือภรรยาฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง) โดยเหมาจ่ายให้ครั้งละ 4,000 บาท ซึ่งผู้ประกันตนจะมีสิทธิเบิกได้คนละไม่เกิน 2 ครั้ง ซึ่งถ้าทั้งสามีภรรยาเป็นผู้ประกันตนจะเบิกรวมกันได้

¹² เงินเหมาจ่ายให้สถานพยาบาลจะคำนวณเป็นรายเดือน (ดูกรอบตัวอย่าง “การคำนวณเงินค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่าย”) โดยเดือนกันยายน 2534 เป็นเดือนแรกที่เพิ่งเริ่มเก็บเงินสมทบ (ดูตารางที่ 2.1) และผู้ประกันตนจะได้สิทธิรักษาพยาบาลหลังจ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 3 เดือน การเหมาจ่ายให้สถานพยาบาลจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ประกันตนได้สิทธิดังกล่าว

ไม่เกิน 4 ครั้ง (แต่ใช้สิทธิได้ที่ละครั้ง) จากข้อมูลในปี 2543 พบว่ามีการอนุมัติจ่ายค่าคลอดบุตรทั้งสิ้น 184,281 ราย คิดเป็นจำนวนเงิน 737.10 ล้านบาท (ไม่รวมเงินสงเคราะห์การหยุดงาน เนื่องจากเป็นสิทธิประโยชน์ในลักษณะของเงินทดแทน)

(4) สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพกรณีทุพพลภาพ นอกเหนือจากเงินทดแทนการขาดรายได้ ค่าทำศพ (กรณีเสียชีวิตในเวลาต่อมา) และเงินสงเคราะห์ทายาทแล้ว สำนักงานประกันสังคมได้กำหนดให้จ่ายแก่ผู้ประกันตนที่ทุพพลภาพเป็นค่ารักษาพยาบาลตามที่จ่ายจริงไม่เกิน 2,000 บาทต่อเดือน และค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ ซึ่งในปี 2544 มีผู้ประกันตนที่ได้สิทธิประโยชน์เงินทดแทนการขาดรายได้, ค่ารักษาพยาบาล และค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ 435 ราย คิดเป็นเงิน 92.25 ล้านบาท

ในตารางที่ 1.6 ได้แสดงรายจ่ายที่เกี่ยวกับการให้หลักประกันสุขภาพแก่ผู้ประกันตนทั้งที่จ่ายผ่านสถานพยาบาล และจ่ายให้โดยตรง จากการคำนวณรายจ่ายด้านสุขภาพต่อจำนวนผู้ขึ้นทะเบียนทั้งหมดพบว่าในปี 2544 กองทุนประกันสังคมมีรายจ่ายส่วนนี้ประมาณ 1,532 บาทต่อ/คน/ปี

ตารางที่ 2.5 การจ่ายเงินให้สถานพยาบาลโดยตรงตามประเภทการจ่ายของกองทุนประกันสังคม

ปี	จำนวนผู้ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาล	เหมาจ่าย (ผู้ป่วยนอก+ผู้ป่วยใน)		เงินเพิ่มตามอัตราการใช้บริการ	ค่าบริการตามภาระเสี่ยง	ฉุกเฉิน+อุบัติเหตุ		ค่ารักษาพยาบาลนอกเหนือเหมาจ่าย						ค่ารักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง						จำนวนเงินรวมที่จ่ายให้สถานพยาบาล	
								ค่าแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ		ค่าอวัยวะเทียม&อุปกรณ์ 1/		รวม		ปลูกถ่ายไขกระดูก		ไตวายเรื้อรัง		รวม			
	(ล้านคน)2/	ล้านครั้ง 3/	ล้านบาท4/	ล้านบาท	ล้านบาท	ราย 5/	ล้านบาท	ราย 5/	ล้านบาท	ราย 5/	ล้านบาท	ราย 5/	ล้านบาท	ราย 5/	ล้านบาท	ราย 5/	ล้านบาท	ราย 5/	ล้านบาท	ล้านบาท	บาท/ราย 6/
2534	2.528	0.592	755.83	-	-	803	1.45	8	0.02	n.a.	n.a.	8	0.02	-	-	-	-	-	-	757.30	299.56
2535	2.755	2.052	1,790.10	-	-	6,764	19.61	470	2.59	n.a.	n.a.	470	2.59	-	-	-	-	-	-	1,812.30	657.82
2536	3.316	3.015	2,079.92	-	-	13,668	28.48	1,298	7.30	n.a.	n.a.	1,298	7.30	-	-	-	-	-	-	2,115.70	638.03
2537	3.912	4.057	2,541.34	-	-	20,603	44.21	2,063	8.66	n.a.	n.a.	2,063	8.66	-	-	-	-	-	-	2,594.21	663.14
2538	4.240	4.940	2,792.58	198.10	-	31,966	71.42	3,250	14.71	n.a.	n.a.	3,250	14.71	-	-	-	-	-	-	3,076.81	725.66
2539	4.904	6.307	3,642.98	246.66	-	48,943	117.13	3,803	22.56	n.a.	n.a.	3,803	22.56	-	-	-	-	-	-	4,029.33	821.64
2540	5.474	7.301	3,802.81	261.94	-	62,812	152.48	5,932	39.69	938	2.87	6,870	42.56	4	2.40	-	-	4	2.40	4,262.19	778.62
2541	5.748	8.297	5,659.43	297.94	-	59,851	153.73	6,897	51.25	1,274	3.34	8,179	54.59	9	5.40	-	-	9	5.40	6,171.09	1,073.61
2542	5.117	11.239	5,074.36	300.82	-	58,765	149.74	9,891	69.37	1,809	4.50	12,006	73.87	8	4.95	301	14.65	309	19.60	5,618.39	1,097.98
2543	5.653	11.539	5,458.88	322.75	-	62,048	147.63	10,627	81.08	2,608.00	5.99	20,113	87.07	16	9.83	6,862	58.47	6,878	68.30	6,084.63	1,076.35
2544	5.926	15.133	6,518.04	329.67	888.83	75,910a.	162.78	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	11,970	89.799	12	6.01	12,560	94.57	12,572	100.58	8,089.70	1,365.12

ที่มา : กองวิชาการและแผนงาน สำนักงานประกันสังคม

หมายเหตุ 1/ ปี 2534-2539 ไม่มีข้อมูลค่าวิสัญญีแพทย์และอุปกรณ์

2/ จำนวนผู้ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลเฉลี่ยทั้งปี ยกเว้นปี 2534 เป็นจำนวน ณ สิ้นปี เนื่องจากเป็นปีที่เริ่มโครงการฯ (เริ่มเรียกเก็บเงินสมทบสำหรับ 4 กรณีในเดือนกันยายน 2534)

3/ จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

4/ การจ่ายเงินให้สถานพยาบาลคำนวณเหมาจ่ายเป็นรายเดือน (ดูเนื้อหาในกรอบ “ตัวอย่างการคำนวณค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่าย”)

5/ จำนวนรายของผู้ประกันตนที่ใช้สิทธิการรักษาและได้รับอนุมัติจากกองทุนประกันสังคมตามประเภทการจ่ายเงิน

6/ จำนวนเงินรวมที่จ่ายให้สถานพยาบาลต่อจำนวนผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาล

ตารางที่ 2.6 รายจ่ายที่เกี่ยวกับการให้หลักประกันสุขภาพแก่ผู้ประกันตนทั้งหมดของกองทุนประกันสังคม

ปี	จำนวนผู้ ขึ้นทะเบียน กับสถาน พยาบาล	ค่ารักษาพยาบาลจ่ายให้สถานพยาบาลโดยตรง 2/												ค่ารักษาพยาบาลให้ผู้ประกันตน โดยตรง								รวมรายจ่ายด้าน ประกันสุขภาพทั้ง หมด 6/		
		เหมาจ่าย (ผู้ป่วยนอก+ผู้ป่วย ใน)		เงินเพิ่ม ตามอัตรา การใช้ บริการ	ค่าบริการ ตามภาระ เสี่ยง	ฉุกเฉิน+อุบัติเหตุ 4/		ค่ารักษาพยาบาล นอกเหนือเหมา จ่าย 4/		ค่ารักษาที่มีค่า ใช้จ่ายสูง 4/		รวม 4/		ค่าทันตกรรม 4/		ค่าคลอดบุตรเหมา จ่าย 4/		ประโยชน์ทด แทนทุพพล ภาพ 4/, 5/		รวม 4/				
		(ล้านคน)	ล้านครั้ง	ลบ.3/	ลบ.	ลบ.	ราย	ลบ.	ราย	ลบ.	ราย	ลบ.	ลบ.	บ./ราย	ราย	ลบ.	ราย	ลบ.	ราย	ลบ.	ลบ.	บ./ราย	ล้านบาท	บ./ราย
	1/																							
2534	2.528	0.592	755.83	-	-	803	1.45	8	0.02	-	-	757.30	299.56	-	-	2,576	3.52	-	-	3.52	1.39	760.82	300.96	
2535	2.755	2.052	1,790.10	-	-	6,764	19.61	470	2.59	-	-	1,812.30	657.82	-	-	61,552	161.16	68	1.36	162.52	58.99	1,974.82	716.81	
2536	3.316	3.015	2,079.92	-	-	13,668	28.48	1,298	7.30	-	-	2,115.70	638.03	-	-	83,856	250.84	167	7.84	258.68	78.01	2,374.38	716.04	
2537	3.912	4.057	2,541.34	-	-	20,603	44.21	2,063	8.66	-	-	2,594.21	663.14	-	-	99,250	295.02	162	17.16	312.18	79.80	2,906.39	742.94	
2538	4.240	4.940	2,792.58	198.10	-	31,966	71.42	3,250	14.71	-	-	3,076.81	725.66	-	-	140,734	513.35	308	27.13	540.48	127.47	3,617.29	853.13	
2539	4.904	6.307	3,642.98	246.66	-	48,943	117.13	3,803	22.56	-	-	4,029.33	821.64	-	-	171,169	683.97	277	35.43	719.40	146.70	4,748.73	968.34	
2540	5.474	7.301	3,802.81	261.94	-	62,812	152.48	6,870	42.56	4	2.40	4,262.19	778.62	236,562	45.61	192,361	769.00	349	54.28	868.89	158.73	5,131.08	937.35	
2541	5.748	8.297	5,659.43	297.94	-	59,851	153.73	8,179	54.59	9	5.40	6,171.09	1,073.61	541,651	105.94	178,213	712.71	527	62.65	881.30	153.32	7,052.39	1,226.93	
2542	5.117	11.239	5,074.36	300.82	-	58,765	149.74	12,006	73.87	309	19.60	5,618.39	1,097.98	671,090	131.67	167,722	670.73	393	82.74	885.14	172.98	6,503.53	1,270.97	
2543	5.653	11.539	5,458.88	322.75	-	62,048	147.63	20,113	87.07	6,878	68.30	6,084.63	1,076.35	711,680	139.91	183,692	734.72	480	116.86	991.49	175.39	7,076.12	1,251.75	
2544	5.926	15.130	6,518.04	329.67	858	75,910	162.79	11,970	89.80	12,572	100.58	8,089.70	1,365.12	797,554	156.87	184,281	737.10	435	92.24	986.21	166.42	9,075.91	1,531.54	

ที่มา : กองวิชาการและแผนงาน สำนักงานประกันสังคม

หมายเหตุ 1/ จำนวนผู้ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลเฉลี่ยทั้งปี ยกเว้นปี 2534 เป็นจำนวน ณ สิ้นปี เนื่องจากเป็นปีที่เริ่มโครงการฯ (เริ่มเรียกเก็บเงินสมทบสำหรับ 4 กรณีในเดือนกันยายน 2534)

2/ ข้อมูลจากตารางที่ 2.5

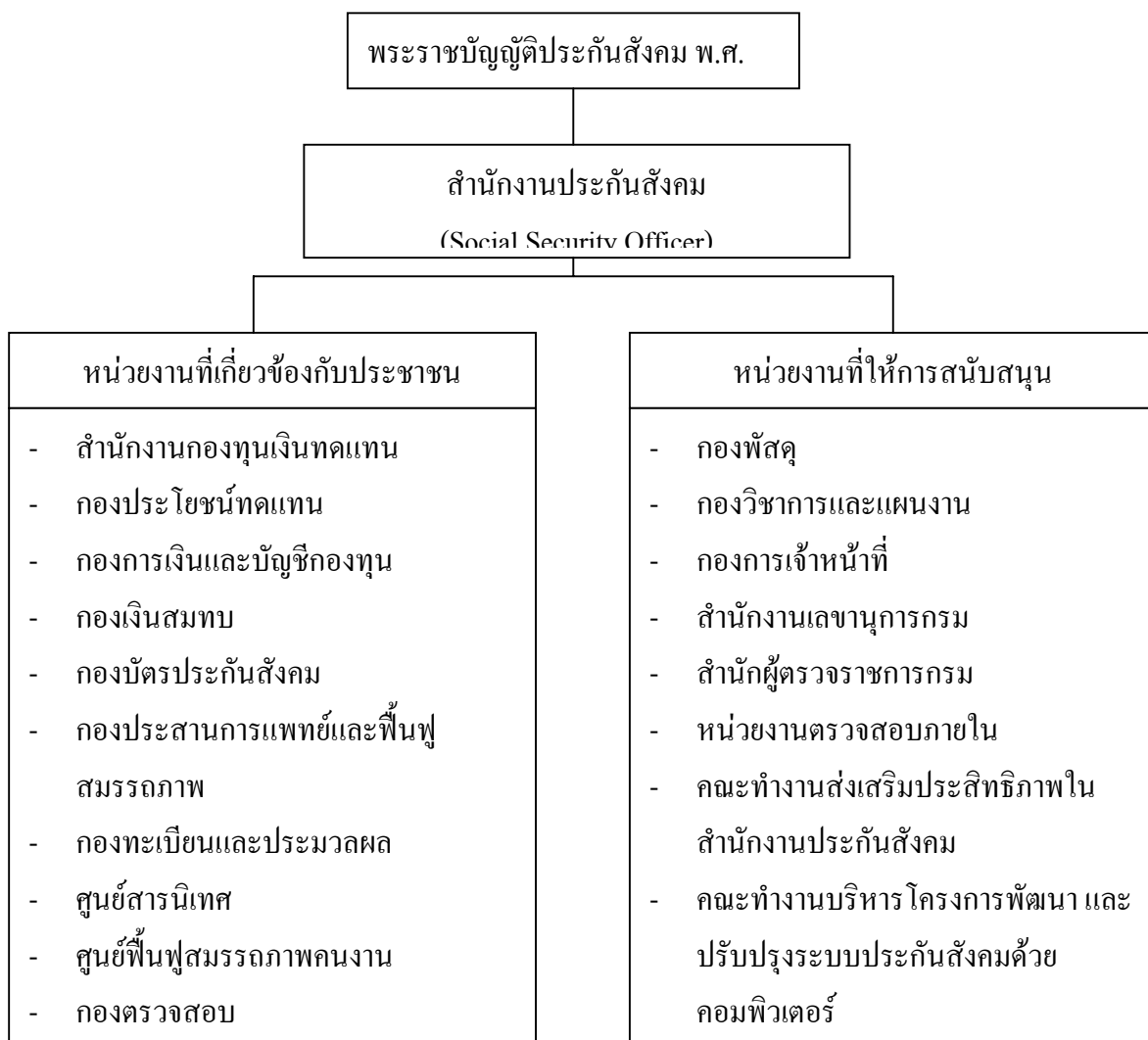
3/ การจ่ายเงินให้สถานพยาบาลคำนวณเหมาจ่ายเป็นรายเดือน (ดูเนื้อหาในกรอบ “ตัวอย่างการคำนวณค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่าย”)

4/ จำนวนผู้ประกันตนที่ใช้สิทธิการรักษาและได้รับอนุมัติจากกองทุนประกันสังคมตามประเภทการจ่ายเงิน

5/ ข้อมูลจากรายงานประจำปีของกองทุนประกันสังคม ซึ่งเป็นรายการรวมค่ารักษาพยาบาล ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ ซึ่งรวมเงินทดแทนการขาดรายได้ เนื่องจากไม่มีข้อมูลแบ่งแยก

6/ จำนวนเงินรวมที่จ่ายให้ รพ.ต่อจำนวนผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนกับ รพ.

ภาพที่ 2.1 โครงสร้างสำนักงานประกันสังคม



ภาพที่ 2.2 รายละเอียดเกี่ยวกับกองทุนประกันสังคม (SSF) และกองทุนเงินทดแทน (WCF)



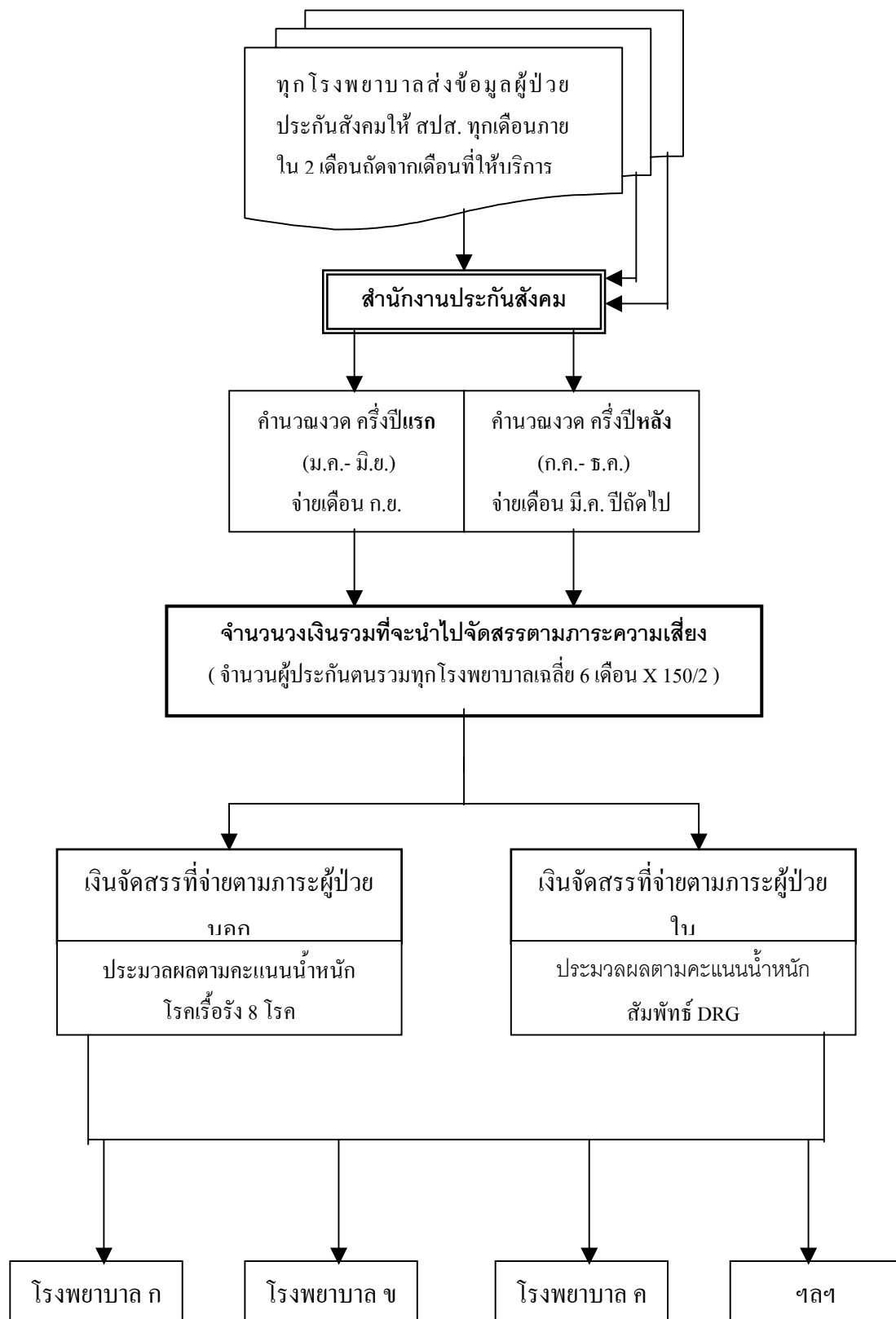
ภาพที่ 2.2 รายละเอียดเกี่ยวกับกองทุนประกันสังคม (SSF) และกองทุนเงินทดแทน (WCF) (ต่อ)

กองทุนประกันสังคม (Social Securities Fund - SSF)	กองทุนเงินทดแทน (Workmen's Compensation Securities - WCF)Fund
ความครอบคลุม - กิจกรรมที่มีลูกจ้างทำงานตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป - กิจกรรมที่เคยมีลูกจ้าง 10 คน แม้ภายหลังจะมีไม่ครบ 10 คน ก็ตาม <u>ยกเว้น</u> 1. ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว รายวัน รายชั่วโมงของส่วนราชการ 2. ลูกจ้างของรัฐบาลต่างประเทศ หรือองค์การระหว่างประเทศ 3. ลูกจ้างของนายจ้างที่มีสำนักงานในประเทศ และไปประจำทำงานในต่างประเทศ 4. ครูหรือครูใหญ่ของโรงเรียนเอกชน 5. นักเรียน นักเรียนพยาบาล นิสิต นักศึกษา แพทย์ฝึกหัดที่เป็นลูกจ้างของโรงเรียน มหาวิทยาลัย หรือ โรงพยาบาล 6. ลูกจ้างของสภากาชาด 7. ลูกจ้างของรัฐวิสาหกิจ 8. ลูกจ้างของกิจการเพาะปลูกประมง ป่าไม้ และเลี้ยงสัตว์ที่มีได้ใช้ลูกจ้างตลอดปี และไม่มียานลักษณะอื่นรวมอยู่ด้วย 9. ลูกจ้างของนายจ้างที่จ้างเป็นครั้งคราวหรือไปตามฤดูกาล	ความครอบคลุม - กิจกรรมที่มีลูกจ้างทำงานตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป - กิจกรรมที่เคยมีลูกจ้าง 10 คน แม้ภายหลังจะมีไม่ครบ 10 คน ก็ตาม <u>ยกเว้น</u> 1. ส่วนราชการ 2. รัฐวิสาหกิจ 3. กิจการเพาะปลูก ประมง ป่าไม้ และเลี้ยงสัตว์ซึ่งไม่ใช้ลูกจ้างตลอดปี และไม่มียานลักษณะอื่นรวมอยู่ด้วย 4. กิจการโรงเรียนเอกชน ตามกฎหมายว่าด้วยโรงเรียนเอกชน ยกเว้น เฉพาะครู หรือ ครูใหญ่
ผู้มีหน้าที่ต้องจ่ายสมทบเงินกองทุน 1. ลูกจ้างผู้ประกันตน 2. นายจ้าง 3. รัฐบาล	ผู้มีหน้าที่ต้องจ่ายสมทบเงินกองทุน - นายจ้างเจ้าของกิจการ

ภาพที่ 2.2 รายละเอียดเกี่ยวกับกองทุนประกันสังคม (SSF) และกองทุนเงินทดแทน (WCF) (ต่อ)

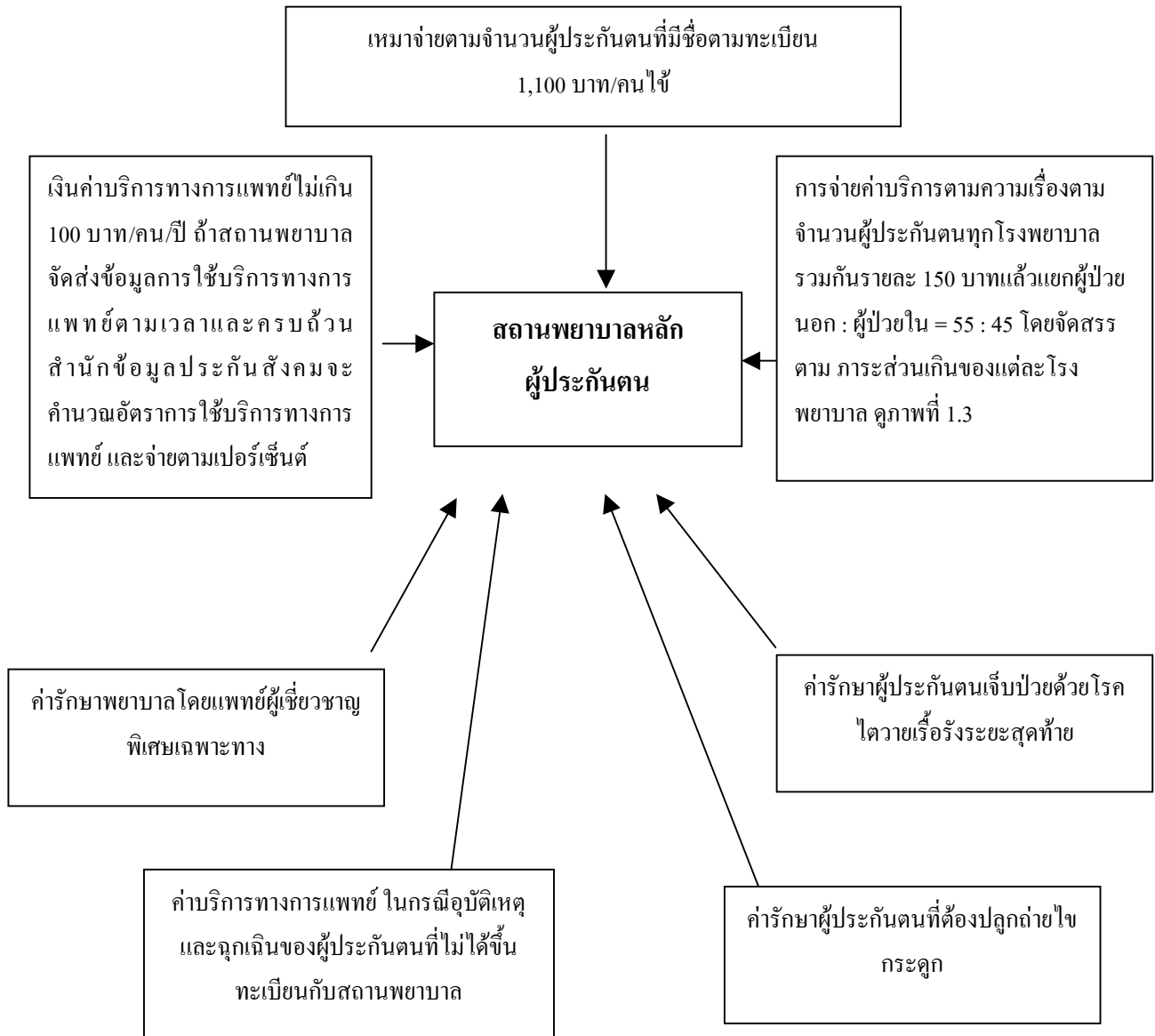
กองทุนประกันสังคม (Social Securities Fund - SSF)	กองทุนเงินทดแทน (Workmen's Compensation Securities - WCF)Fund
สิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ 1. กรณีประสบอันตราย/เจ็บป่วย - สิทธิได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งกรณีทั่วไป และกรณีฉุกเฉิน หรืออุบัติเหตุ (ยกเว้น 15 โรค) สิทธิเบิกค่าทันตกรรม สิทธิเบิกค่าอวัยวะเทียม 2. กรณีคลอดบุตร - สิทธิรับค่าคลอดบุตรเหมาจ่าย 4,000 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 2 ครั้ง หากเป็นผู้ประกันตนทั้งคู่ให้เบิกได้รวมกันไม่เกิน 4 ครั้ง 3. กรณีทุพพลภาพ - สิทธิรับค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริง เดือนละไม่เกิน 2,000 บาท สิทธิเบิกค่าอวัยวะเทียม และอุปกรณ์	สิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ - สิทธิรับการรักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นไม่เกิน 35,000 บาท ต่อการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย 1 ครั้ง แต่ถ้าหากประสบอันตรายรุนแรงหรือเรื้อรัง ให้เบิกได้ตามจริงได้อีกไม่เกิน 50,000 - สิทธิรับค่าฟื้นฟูสมรรถภาพ ไม่เกิน 40,000 บาท
สิทธิประโยชน์ในรูปของเงินทดแทน หรือเงินสงเคราะห์ให้แก่ผู้ประกันตน หรือผู้ที่ต้องพึ่งผู้ประกันตน โดยให้ความคุ้มครองทั้ง 6 กรณี เช่น เงินสงเคราะห์บุตร กรณีสงเคราะห์บุตร เงินบำนาญและบำเหน็จ กรณีชราภาพ เงินค่าทำศพ และเงินสงเคราะห์แก่ทายาท กรณีตาย หรือกรณีทุพพลภาพ เงินทดแทนการขาดรายได้ กรณีเจ็บป่วยหรือประสบอันตราย หรือกรณีคลอดบุตร หรือกรณีทุพพลภาพ เป็นต้น	สิทธิประโยชน์ในรูปของเงินทดแทน หรือเงินทดแทน เช่น ค่าทำศพ ค่าทดแทนการขาดรายได้ เงินชดเชยการสูญอวัยวะบางส่วน หรือทั้งหมด เงินสงเคราะห์แก่ทายาทของลูกจ้างที่ตาย เป็นต้น

ภาพที่ 2.3 ขั้นตอนการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยง



หมายเหตุ : ดูรายละเอียดวิธีการคำนวณเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงในภาคผนวก ง

ภาพที่ 2.4 การจ่ายค่ารักษาพยาบาลแก่สถานพยาบาลหลักและผู้ประกันตน
ของสำนักงานประกันสังคม



บทที่ 3

ผลการดำเนินงานของสำนักประกันสังคม

ในบทนี้จะเป็นการวิเคราะห์ถึงการดำเนินงานของสำนักประกันสังคมที่ผ่านมา ทั้งในส่วนของความครอบคลุมจำนวนผู้ประกันตน การดำเนินงานของสถานพยาบาลและการให้บริการด้านการรักษา การกำกับดูแลสถานพยาบาล นอกจากนี้จะพิจารณาถึงสถานะทางการเงินของกองทุนประกันสังคม การวิเคราะห์จะเน้นในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการให้หลักประกันด้านการรักษาพยาบาลเป็นหลัก

3.1 ความครอบคลุมจำนวนผู้ประกันตน

จากที่กล่าวไว้ในบทแรกจะเห็นได้ว่าที่ผ่านมาโครงการประกันสังคมจะให้ความคุ้มครองกับลูกจ้างในภาคการจ้างงานที่เป็นทางการเป็นหลัก (ผู้ประกันตนตามมาตรา 33) รวมถึงลูกจ้างที่เคยทำงานในภาคการจ้างงานนี้และสมัครใจจะดำรงสมาชิกภาพในกองทุนประกันสังคมต่อไป (ผู้ประกันตนตามมาตรา 39) แม้สำนักประกันสังคมจะเปิดโอกาสให้สำหรับผู้สมัครใจซึ่งไม่เข้าข่ายเป็นผู้สมัครตามมาตรา 33 และ 39 (ผู้ประกันตนตามมาตรา 40) แต่จนถึงปัจจุบันมีผู้สมัครเพียง 3 คนเท่านั้น สาเหตุหลักประการหนึ่งที่ทำให้ไม่มีผู้สนใจสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 น่าจะสืบเนื่องมาจากสิทธิประโยชน์ที่ผู้ประกันตนตามมาตรานี้จะได้รับไม่ครอบคลุมถึงหลักประกันด้านสุขภาพ (ปัจจุบันให้ความคุ้มครองเพียง 3 กรณี คือ คลอดบุตร ทูพพลภาพ และตาย โดยผู้ประกันตนต้องจ่ายสมทบปีละ 3,360 บาท) รวมถึงการขาดการประชาสัมพันธ์ทำให้คนทั่วไปไม่ทราบว่ายังมีทางเลือกนี้ ซึ่งจากการสัมภาษณ์สำนักงานประกันสังคมและการศึกษาแผนงานที่จะดำเนินการในอนาคตทำให้ได้ข้อสังเกตว่าสำนักงานประกันสังคมไม่ได้ให้ความสำคัญกับการขยายความคุ้มครองไปยังภาคการจ้างงานที่ไม่เป็นทางการ สาเหตุหลักน่าจะเกิดจากความกังวลว่าจะเกิดปัญหา adverse selection ทำให้การกระจายความเสี่ยงไม่บรรลุผล ซึ่งจะเป็นภาระแก่กองทุนประกันสังคมในที่สุด

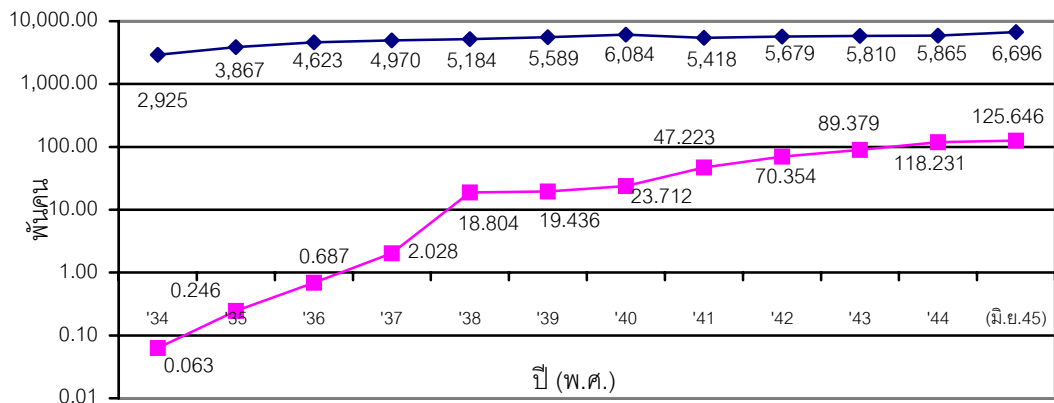
ภาพที่ 3.1 แสดงจำนวนผู้ประกันตนทั้งมาตรา 33 มาตรา 39 และสถานประกอบการที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานประกันสังคม โดยภาพที่ 3.1 (ก) แสดงการเพิ่มขึ้นของผู้ประกันตนโดยบังคับตามมาตรา 33 จากปี 2534 ที่เริ่มก่อตั้งกองทุนประกันสังคมมีจำนวน 2,925,500 คน เพิ่มขึ้นเป็น 6,696,562 คน ณ สิ้นเดือนมิถุนายน 2545 (หรือเพิ่มขึ้นมากกว่าเท่าตัว) ขณะที่สถานประกอบการจดทะเบียนเพิ่มขึ้นจาก 30,255 แห่ง เป็น 275,589 แห่ง ดังที่แสดงในภาพที่ 3.1 (ข) การที่จำนวนสถานประกอบการและผู้ประกันตน/ลูกจ้างเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องส่วนหนึ่งเป็นผลจากการขยายความครอบคลุมไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไปตั้งแต่ปี 2536 และไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คนตั้งแต่เดือนเมษายน 2545 แม้ว่าในปี 2541

จำนวนผู้ประกันตนจะลดลงจากภาวะวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจทำให้กิจการหลายแห่งมีการปรับลดคนจึงมีผลให้ลูกจ้างบางส่วนนอกจากการเป็นผู้ประกันตนตาม ม.33 โดยมีจำนวนลดลงสุทธิประมาณ 6 แสนคนในปี 2540 แต่ในปีถัดมา จำนวนผู้ประกันตนได้ปรับเพิ่มสูงขึ้นจนถึงปัจจุบันสำหรับจำนวนสถานประกอบการพบว่าการจดทะเบียนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องอันเป็นผลมาจากความเข้มงวดของสำนักประกันสังคมในช่วงที่เศรษฐกิจไทยเริ่มประสบภาวะตกต่ำโดยการเข้าไปตรวจสอบกิจการที่เข้าข่ายแต่ไม่ยอมไปขึ้นทะเบียนหรือแจ้งจำนวนลูกจ้างหรืออัตราค่าจ้างต่ำกว่าความเป็นจริงโดยมีการลงโทษทั้งจำและปรับ จากการสอบถามเจ้าหน้าที่ประกันสังคมทราบว่าความเข้มงวดในการตรวจสอบ นอกจากเพื่อขยายขอบเขตความครอบคลุมแล้ว ยังมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยบรรเทาภาระแก่ลูกจ้างผู้ประกันตนที่ถูกปรับลดเงินเดือนและ/หรือสวัสดิการ และลูกจ้างที่ทำงานในสถานประกอบที่นายจ้างหลีกเลี่ยงการขึ้นทะเบียนอันเป็นการลดปัญหาทางสังคมทางหนึ่ง อย่างไรก็ตามเพื่อไม่ให้เป็นการแก่ผู้จ่ายเงินสมทบทั้ง 3 ฝ่าย ในภาวะที่เกิดวิกฤตทางเศรษฐกิจจึงได้มีการปรับลดอัตราเงินสมทบทุกฝ่ายลงจากร้อยละ 1.5 (สำหรับ 4 กรณี) เป็นร้อยละ 1 ตั้งแต่วันที่ 2541 จนถึงปัจจุบัน (ดูตารางที่ 2.1 ในบทที่ 2) มีข้อที่น่าสังเกตว่านโยบายขยายความครอบคลุมไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คน ซึ่งเพิ่งเริ่มดำเนินการในปี 2545 ยังไม่สามารถเห็นผลได้ชัดเจน โดยหากพิจารณาเฉพาะจำนวนลูกจ้างและสถานประกอบการที่มีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คน จะมีจำนวน 656,605 คน (ร้อยละ 9.9 ของลูกจ้างผู้ประกันตนรวม) จากสถานประกอบการ 187,162 แห่ง (ร้อยละ 69.3 ของสถานประกอบการที่ขึ้นทะเบียน) ในเดือนพฤษภาคม และเพิ่มเป็น 679,486 คน (ร้อยละ 10.15 ของลูกจ้างผู้ประกันตนรวม) จากสถานประกอบการ 190,771 แห่ง (ร้อยละ 69.2 ของสถานประกอบการที่ขึ้นทะเบียน)¹³ จำนวนผู้ประกันตนกลุ่มนี้ค่อนข้างต่ำกว่าที่คาดการณ์ไว้มาก (ดูตารางที่ 4.1) ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะอยู่ในช่วงเริ่มโครงการที่มักต้องใช้เวลาในการปรับตัว และ สปส. ก็ยังไม่เข้มงวดมากนักในการบังคับสถานประกอบการและลูกจ้างกลุ่มนี้มาขึ้นทะเบียน

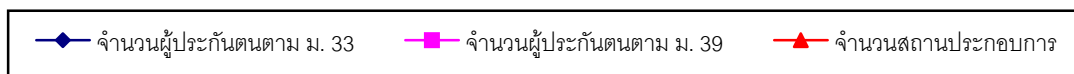
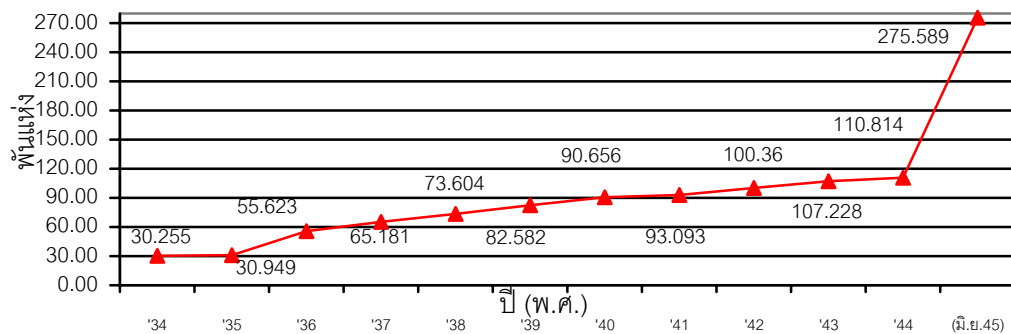
สำหรับจำนวนผู้ประกันตนโดยสมัครใจตาม ม.39 ในปี 2534 มีผู้สมัครทั้งสิ้น 63 คน และเพิ่มเป็น 125,646 คน ณ สิ้นเดือนมิถุนายน 2545 สาเหตุที่ช่วงแรกมีผู้สมัครน้อยเนื่องจากผู้ประกันตนขาดความรู้ความเข้าใจและขาดการประชาสัมพันธ์อย่างเพียงพอจากสำนักงานประกันสังคม นอกจากนี้ในช่วงดังกล่าวก็เป็นช่วงที่ภาวะเศรษฐกิจยังขยายตัวอย่างต่อเนื่องจึงมีอัตราการ

¹³ ไม่มีข้อมูลแบ่งแยกสถานประกอบการและลูกจ้างในเดือนเมษายน 2545 (เดือนที่เริ่มขยายความคุ้มครอง) และข้อมูลลูกจ้างและสถานประกอบการที่มีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คน ของเดือนพฤษภาคม และมิถุนายน รวมลูกจ้างและสถานประกอบการที่เคยมีขนาด 10 คนขึ้นไปแต่ต่อมามีลูกจ้างลดต่ำกว่า 10 คน

ภาพที่ 3.1(ก) จำนวนผู้ประกันตนตามมาตรา 33 และมาตรา 39

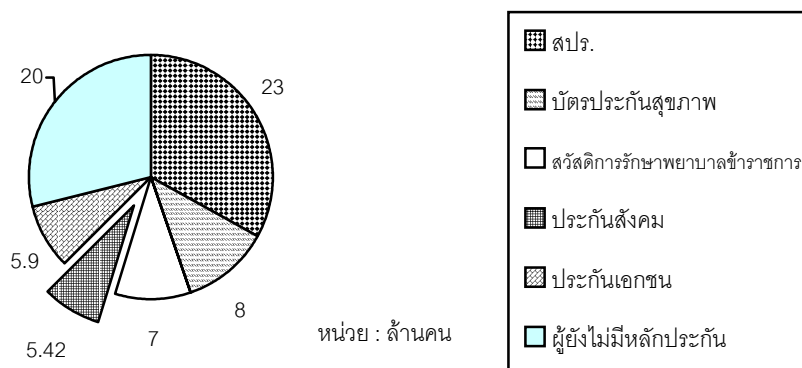


ภาพที่ 3.1 (ข) จำนวนสถานประกอบการที่ขึ้นทะเบียน



ที่มา : ฝ่ายวิชาการและแผนงาน สำนักงานประกันสังคม

ภาพที่ 3.2 การเปรียบเทียบความครอบคลุมด้านสวัสดิการ และการประกันสุขภาพในประเทศไทย ปี 2543



ที่มา : สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ (พ.ศ. 2543) อ้างโดย คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ของ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2543)

หมายเหตุ : - ไม่มีข้อมูลผู้ที่มีหลักประกันซ้ำซ้อน

ว่างงานต่ำ จนเมื่อภาวะเศรษฐกิจเริ่มชะลอตัวตั้งแต่ปี 2537 ทำให้มีลูกจ้างที่ได้รับผลกระทบจากการเลิกจ้างเริ่มสมัครเป็นผู้ประกันตนเพิ่มมากขึ้นในอัตราภาวะโดดจากจำนวน 2,028 คนในปี 2537 เป็น 18,804 คนในปีถัดมา และยังคงเพิ่มขึ้นจนกระทั่งถึงปัจจุบัน

หากเราพิจารณาว่าหน้าที่หลักของสำนักงานประกันสังคมคือการจัดหลักประกันทางสังคม ซึ่งรวมถึงการประกันสุขภาพแก่ลูกจ้างที่อยู่ในภาคการจ้างงานที่เป็นทางการผ่านกองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน จะพบว่าจำนวนแรงงานที่ได้รับความคุ้มครองคิดเป็นร้อยละ 10.8 ของประชากรทั้งประเทศหรือร้อยละ 20.4 ของแรงงานในประเทศ¹⁴ และคิดเป็นร้อยละ 71.3 ของลูกจ้างของสถานประกอบการซึ่งอยู่ในข่ายที่ควรจะได้รับ ความคุ้มครองจากกองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน¹⁵ ภาพที่ 3.2 แสดงการเปรียบเทียบความครอบคลุมด้านสวัสดิการและการประกันสุขภาพในประเทศไทย ของปี 2543

3.2 การจัดการด้านสถานพยาบาลและระบบเครือข่าย

ในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน สำนักงานประกันสังคมได้อาศัยเครือข่ายของสถานพยาบาลที่มีอยู่แล้วของภาครัฐและเอกชน (Indirect System) ในรูปของการทำข้อตกลงกับสถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาหลัก (Main Contractor) และสนับสนุนให้สถานพยาบาลเหล่านี้สามารถทำสัญญากับคู่สัญญาระดับรองหรือสถานพยาบาลเครือข่าย (Sub Contractor) และคู่สัญญาระดับตติยภูมิหรือสถานพยาบาลระดับสูงกว่า (Supra Contractor) ได้เพื่อเป็นเครือข่าย ซึ่งที่ผ่านมาระบบดังกล่าวค่อนข้างประสบความสำเร็จในแง่ของการดึงให้สถานพยาบาลต่างๆ เข้าร่วมโครงการซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีดังแสดงในตารางที่ 3.1

จากข้อมูลในตารางจะเห็นว่าช่วงเริ่มโครงการมีสถานพยาบาลที่เข้าเป็นคู่สัญญาหลักกับสำนักงานประกันสังคมทั้งสิ้น 137 แห่ง เป็นสถานพยาบาลของรัฐ 119 แห่ง และเอกชน 18 แห่ง ในปีต่อๆ มาจำนวนสถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาหลักกับสำนักงานประกันสังคมเพิ่มขึ้นทั้งภาครัฐและเอกชนโดยเฉพาะสถานพยาบาลเอกชนมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วโดยในปี 2545 เพิ่มขึ้นเป็น 132 แห่ง ขณะที่จำนวนสถานพยาบาลภาครัฐเพิ่มขึ้นเพียง 14 แห่ง เป็น 136 แห่ง เนื่องจากในปีแรกที่เริ่มโครงการโรงพยาบาลรัฐทุกโรงพยาบาลที่มีมาตรฐานเทียบเท่าโรงพยาบาลจังหวัดของกระทรวงสาธารณสุขถูกกำหนดให้เข้าโครงการทั้งหมดดังนั้นอัตราการเพิ่มขึ้นจึงต่ำกว่าภาคเอกชน นอก

¹⁴ ปี 2544 ประชากรทั้งประเทศมีประมาณ 62.9 ล้านคน และจำนวนแรงงานทั้งประเทศมีจำนวน 33.49 ล้านคน แบ่งเป็น ผู้มีงานทำ 31.39 ล้านคน ผู้ไม่มีงานทำ 1.19 ล้านคน กำลังแรงงานที่รอฤดูกาล 0.92 ล้านคน (จากการสำรวจรอบที่ 2/2544 ช่วงเดือนเมษายน-มิถุนายน 2544 โดย สำนักงานสถิติแห่งชาติ)

¹⁵ สำนักงานประกันสังคมประมาณ จำนวนสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป มีจำนวน 1,351 ล้านแห่ง และจำนวนลูกจ้างทั้งสิ้น 9.57 ล้านคน

จากนี้งานศึกษาของ สงวน และ วิโรจน์ (2536) ชี้ว่าในช่วงแรกที่สถานพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ยังไม่เข้าร่วมเนื่องจากไม่แน่ใจในผลกำไรที่จะได้รับ แต่ภายหลังปรากฏว่าสถานพยาบาลทุกแห่งที่เข้าร่วมในการประกันสังคมได้รับผลกำไรจึงทำให้มีผู้เข้าร่วมจำนวนมากขึ้น¹⁶

ในส่วนของเครือข่ายพบว่าปี 2534 ทั้งสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชนที่เป็นคู่สัญญาหลักไม่มีการทำสัญญาเพื่อสร้างเครือข่ายกับสถานพยาบาลอื่น แต่ในปีถัดมาเริ่มมีการสร้างเครือข่ายระหว่างสถานพยาบาลโดยอัตราส่วนสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักต่อสถานพยาบาลที่เป็นเครือข่ายอยู่ในอัตรา 1 : 6.26 เมื่อแยกพิจารณาเป็นสถานพยาบาลของภาครัฐจะมีอัตราส่วน 1 : 7.1 ขณะที่ภาคเอกชนมีอัตราส่วนเพียง 1 : 2.56 อัตราส่วนดังกล่าวทั้งของภาครัฐและเอกชนได้เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ในปี 2544 สถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาหลัก 1 แห่ง มีสถานพยาบาลเครือข่าย 19.2 แห่งโดยเฉลี่ย โดยสถานพยาบาลภาคเอกชนจะมีอัตราส่วนดังกล่าวเท่ากับ 1 : 24.1 สูงกว่าสถานพยาบาลภาครัฐซึ่งมีอัตราส่วนเท่ากับ 1 : 13.1

¹⁶ อย่างไรก็ตามมีสถานพยาบาลเอกชนบางแห่งไม่ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการฯ แม้ว่าจะเป็นช่องทางที่สามารถสร้างกำไรได้เพราะเกรงว่าจะกระทบต่อฐานลูกค้าเดิม โดยการเข้าร่วมโครงการฯ จะทำให้มีลูกค้ากลุ่มใหม่ที่เป็นผู้ประกันตนเพิ่มขึ้นแต่ก็อาจจะไม่คุ้มกับการสูญเสียฐานลูกค้าเดิมซึ่งมักจะเป็นลูกค้าที่มีฐานะดี

ตารางที่ 3.1 สถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาหลักและเครือข่าย และจำนวนผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาล

ปี	สถานพยาบาลภาครัฐ					สถานพยาบาลภาคเอกชน					สถานพยาบาลรวม			
	หลัก (แห่ง)	ผู้ขึ้นทะเบียน		เครือข่าย (แห่ง)	อัตรา ส่วน*	หลัก (แห่ง)	ผู้ขึ้นทะเบียน		เครือข่าย (แห่ง)	อัตรา ส่วน*	หลัก (แห่ง)	ผู้ขึ้นทะเบียน (ล้านคน)	เครือข่าย (แห่ง)	อัตรา ส่วน*
		(ล้านคน)	(%)				(ล้านคน)	(%)						
2534	119	2.114	84%	-	119 : 0	18	0.414	16%	-	18 : 0	137	2.528	-	137 : 0
2535	118	1.703	62%	838	1 : 7.10	27	1.052	38%	69	1 : 2.56	145	2.755	907	1 : 6.26
2536	119	1.617	49%	748	1 : 6.29	37	1.699	51%	91	1 : 2.46	156	3.316	839	1 : 5.38
2537	122	1.763	45%	1,019	1 : 8.35	56	2.149	55%	275	1 : 4.91	178	3.912	1,294	1 : 7.27
2538	126	1.900	45%	1,206	1 : 9.57	63	2.339	55%	691	1 : 10.97	189	4.240	1,897	1 : 10.04
2539	126	1.980	40%	1,210	1 : 9.60	72	2.924	60%	1,629	1 : 22.63	198	4.904	2,839	1 : 14.34
2540	127	2.317	42%	1,340	1 : 10.55	69	3.157	58%	1,517	1 : 21.99	196	5.474	2,857	1 : 14.58
2541	127	2.559	45%	1,263	1 : 9.94	78	3.189	55%	994	1 : 12.74	205	5.748	2,257	1 : 11.01
2542	128	2.147	42%	1,522	1 : 11.89	103	2.969	58%	2,294	1 : 22.27	231	5.117	3,816	1 : 16.52
2543	130	2.373	42%	1,634	1 : 12.57	114	3.280	58%	2,380	1 : 20.88	244	5.653	4,014	1 : 16.45
2544	133	2.468	41%	1,742	1 : 13.10	128	3.457	59%	3,090	1 : 24.14	262	5.925	4,832	1 : 19.25
2545	136	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	132	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	268	n.a.	n.a.	n.a.

ที่มา : - สถานพยาบาลหลักและเครือข่าย ปี 2534-2542 จาก ซอลลิชันส์ แก้วพวง (2543)

- จำนวนผู้ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลภาครัฐ และเอกชน ปี 2534-2540 จาก เพ็ญศรี ฤกษ์นันท์ (2542)

- สถานพยาบาลหลักและเครือข่าย ปี 2544-45 และจำนวนผู้ขึ้นทะเบียน ปี 2541-2545 จาก กองประสานการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม

- ข้อมูลปี 2545 จาก web site ของสำนักงานประกันสังคม www.sso.molsw.go.th

หมายเหตุ : * อัตราส่วนสถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก : เครือข่าย

สาเหตุที่ทำให้สถานพยาบาลสร้างเครือข่ายเพิ่มขึ้นอย่างมากน่าจะมีเหตุผลเพื่อจูงใจให้ผู้ประกันตนเลือกขึ้นทะเบียนกับตนเนื่องจากความสะดวกในการเข้ารับบริการ เพราะถ้ามีผู้เลือกขึ้นทะเบียนจำนวนมากก็จะทำให้สถานพยาบาลนั้นได้รับการจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวจากกองทุนประกันสังคมมากขึ้นตาม¹⁷ และถ้าผู้ประกันตนได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการก็อาจจะทำให้อัตราการใช้บริการของสถานพยาบาลหลักและเครือข่ายเพิ่มขึ้นซึ่งจะส่งผลให้สถานพยาบาลได้รับการจัดสรรเงินเพิ่มพิเศษจากกองทุนประกันสังคมเป็นค่าส่งเสริมปริมาณการให้บริการ (ไม่เกิน 100 บาท/คน/ปี)¹⁸ ซึ่งเริ่มโครงการตั้งแต่ปี 2538 ในงานศึกษาของ บรรเทา และคณะ (2538) ได้ศึกษาการสร้างเครือข่ายของสถานพยาบาลประกันสังคมโดยใช้กรณีศึกษาของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี (เป็นสถานพยาบาลภาครัฐ) จากข้อมูลที่ว่าช่วงที่เริ่มเข้าเป็นคู่สัญญาหลักกับกองทุนประกันสังคมโดยยังไม่มีเครือข่ายเมื่อเดือนมิถุนายน 2534 มีผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลจำนวน 50,289 คน และลดลงในปีถัดมาจนถึงเดือนมกราคม 2536 มีผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนทั้งสิ้น 36,974 คน จากการศึกษาของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีเอง พบว่าความไม่สะดวกในการเข้าถึงสถานพยาบาลรวมถึงปัญหาในการรักษาผู้ป่วยนอกเวลาราชการเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้มีผู้ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลลดลง ในเดือนมิถุนายน 2536 โรงพยาบาลจึงเริ่มสร้างเครือข่ายทำให้มีผู้ประกันตนขึ้นทะเบียนเพิ่มขึ้นจาก 39,148 คน ในเดือนดังกล่าวเป็น 80,005 คนในเดือนกุมภาพันธ์ 2538 นอกจากนี้ บรรเทา และคณะ ยังได้ศึกษาถึงการสร้างเครือข่ายของสถานพยาบาลเอกชนซึ่งใช้กลุ่มเครือข่ายศูนย์ประกันสังคมเอกชน (ศปอ.) เป็นกรณีศึกษา¹⁹ (เริ่มพัฒนาเครือข่ายตั้งแต่เดือนกันยายน 2534) ในการศึกษาไม่ได้แสดงการเปรียบเทียบจำนวนผู้ประกันตนช่วงก่อนและหลังการสร้างเครือข่ายแต่ได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ประกันตนที่มาใช้บริการได้ข้อสรุปว่า ปัจจัยหนึ่งที่สร้างความพอใจแก่ผู้ประกันตนคือความสะดวกในการใช้บริการจากสถานพยาบาลในเครือข่าย จากข้อมูลที่ว่าในปี 2535 มีผู้ประกันตนขึ้นทะเบียนกับกลุ่ม ศปอ. จำนวน 70,000 คนเพิ่มเป็น 280,000 คนในปี 2538 บรรเทา และคณะ ได้สรุปว่าระบบเครือข่ายที่ครอบคลุมเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้กลุ่มเครือข่ายทั้งสองมีผู้ประกันตนขึ้นทะเบียนเพิ่มขึ้น ในงาน

¹⁷ สำหรับสถานพยาบาลภาครัฐไม่มีข้อจำกัดในการรับขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน ขณะที่สถานพยาบาลภาคเอกชนจะมีข้อจำกัดตามศักยภาพที่สามารถให้บริการได้ (ประเมินโดยคณะกรรมการการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม) อย่างไรก็ตามการประเมินศักยภาพจะประเมินเฉพาะสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักเท่านั้นโดยไม่พิจารณาเครือข่ายของสถานพยาบาลนั้น

¹⁸ คู่มือการจ่ายเงินเพิ่มพิเศษในบทที่ 2 ข้อ 2.3 ระบบการบริหารการเงิน

¹⁹ กลุ่ม ศปอ. เป็นเครือข่ายสถานพยาบาลเอกชนให้บริการในพื้นที่กรุงเทพฯ และปริมณฑล โดยการริเริ่มของโรงพยาบาลพญาไทเมโมเรียลที่เป็นคู่สัญญาหลักกับสำนักงานประกันสังคม ร่วมกับโรงพยาบาลขนาดเล็ก (30-50 เตียง) อีก 3 แห่ง เป็นแกนนำในการจัดตั้ง

ศึกษาของ เพ็ญศรี (2542) ก็ได้ข้อสรุปเช่นเดียวกันจากกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดนนทบุรีในช่วงปี 2541 ว่าผู้ประกันตนจะเลือกสถานพยาบาลโดยคำนึงถึงความสะดวกในการเข้ารับบริการและการมีเครือข่ายของสถานพยาบาลเป็นหลัก

เมื่อพิจารณาถึงจำนวนผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลจากตารางที่ 2.1 จะเห็นว่าปี 2534 มีผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลรัฐทั้งสิ้น 2,111,077 คน (ร้อยละ 83.6 ของผู้ประกันตนที่ลงทะเบียนไว้) และสถานพยาบาลของเอกชน 414,215 คน (ร้อยละ 16.4 ของผู้ประกันตนที่ลงทะเบียนไว้) ทั้งนี้เนื่องจากจำนวนสถานพยาบาลของภาครัฐที่เป็นคู่สัญญาหลักมีมากกว่าภาคเอกชนและในปีแรกที่เริ่มโครงการ สำนักประกันสังคมยังไม่เปิดโอกาสให้ผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาลได้เองโดยสถานประกอบการจะเป็นผู้เลือกให้ ในปีถัดๆ ไปจึงเริ่มโครงการให้ผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาลได้เอง ตามลำดับเหตุการณ์ดังนี้

ปี 2534 สถานประกอบการเลือกสถานพยาบาลให้ลูกจ้างของตน

ปี 2535 เริ่มโครงการนำร่องให้ผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาลเอง โดยเริ่มที่ จังหวัด
นนทบุรี 1 จังหวัด

ปี 2536 ขยายไปสู่จังหวัดที่มีผู้ประกันตนต่ำกว่า 6,000 คน จำนวน 19 จังหวัด

ปี 2537 ขยายสู่จังหวัดที่มีผู้ประกันตนต่ำกว่า 50,000 คน จำนวน 22 จังหวัด

ปี 2538 ขยายสู่จังหวัดที่มีผู้ประกันตนสูงกว่า 50,000 คน จำนวน 19 จังหวัด

ปี 2539 กำหนดให้ดำเนินการทั่วประเทศ 76 จังหวัด ยกเว้น กรุงเทพฯ ที่สามารถ
ดำเนินการได้เฉพาะบางส่วน

ปี 2540 สามารถดำเนินการได้ทั่วประเทศโดยสมบูรณ์

หมายเหตุ การเปลี่ยนสถานพยาบาล ในปี 2535 ให้เปลี่ยนได้ทุก 6 เดือน

ตั้งแต่ปี 2536 เปลี่ยนได้ปีละครั้ง

ผลจากการเริ่มดำเนินโครงการให้ผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาลได้เองดังกล่าวจนถึงปี 2544 มีผู้ขอขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลภาครัฐ 2.468 ล้านคน (ร้อยละ 41 ของผู้ประกันตน) และภาคเอกชน 3.457 ล้านคน (ร้อยละ 59 ของผู้ประกันตน) จากแนวโน้มจะเห็นได้ว่าพฤติกรรมของผู้ประกันตนจะเลือกสถานพยาบาลภาคเอกชนในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับการเลือกสถานพยาบาลภาครัฐ อย่างไรก็ตามในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาอัตราส่วนดังกล่าวค่อนข้างมีเสถียรภาพที่อัตรา ร้อยละ 40:60 (สถานพยาบาลภาครัฐ:ภาคเอกชน) ในงานศึกษาของ บรรเทา และคณะ (2538) ได้อธิบายว่าสถานพยาบาลภาคเอกชน (กลุ่มเครือข่าย สปอ.) มีระบบการจ่ายผลตอบแทนให้แก่สถานพยาบาลในเครือข่ายที่สามารถเพิ่มอัตราการใช้บริการของผู้ประกันตนได้สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยของกลุ่ม สิ่งนี้สร้างแรงจูงใจให้สถานพยาบาลในเครือข่ายให้มีการแข่งขันกันในการให้บริการเพื่อสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ประกันตนให้มาใช้บริการกับตน ขณะที่ระบบเครือข่ายของภาครัฐ (กลุ่มเครือข่าย

ข่ายโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี) ไม่ได้สร้างเงื่อนไขที่ก่อให้เกิดการแข่งขัน และยังมีข้อจำกัดด้านความคล่องตัวของการปรับเปลี่ยนกฎระเบียบที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงาน ในงานศึกษาของรัชยา (2535) ซึ่งศึกษากลุ่มผู้ประกันตนในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล ช่วงเดือนพฤษภาคม 2535 ถึง ตุลาคม 2535 ได้ข้อสรุปในทิศทางเดียวกันว่าผู้ประกันตนที่ไปใช้บริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลภาคเอกชนจะมีความพึงพอใจในด้านความรวดเร็ว ความเพียงพอของแพทย์ พยาบาล และอุปกรณ์การรักษา ความเป็นมิตรของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ และเวลาที่เปิดให้บริการ ค่อนข้างมากกว่าที่ได้รับจากสถานพยาบาลภาครัฐ สังเกตว่างานศึกษาที่อ้างถึงเหล่านี้เกิดขึ้นในช่วงที่ผู้ประกันตนซึ่งเป็นผู้ให้บริการทางการแพทย์ยังไม่ได้มีโอกาสให้เลือกสถานพยาบาลได้เองทั้งหมด (ช่วงปี 2534-2538) ดังนั้นเมื่อสำนักประกันสังคมทยอยเปิดโอกาสให้ผู้ประกันตนสามารถเลือกสถานพยาบาลได้เอง เราจึงเห็นพฤติกรรมการเลือกขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลเอกชนในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่า การเพิ่มขึ้นของสถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาหลักและเครือข่าย และการที่สถานพยาบาลเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นตลอดจนนโยบายที่เปิดโอกาสให้ผู้ประกันตนสามารถเลือกขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลได้เอง ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีส่วนสำคัญในการสร้างบรรยากาศให้เกิดการแข่งขันระหว่างสถานพยาบาลเพิ่มขึ้นซึ่งโดยทั่วไปแล้วภายใต้สถานการณ์เช่นนี้ผู้ประกันตนน่าจะได้รับการบริการทางการแพทย์ที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามเพื่อให้ได้ภาพที่ชัดเจนยิ่งขึ้น ในหัวข้อถัดไปจึงจะกล่าวถึงผลการดำเนินงานและการให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลรวมถึงความพึงพอใจของผู้ประกันตนที่ได้รับจากการใช้บริการทางการแพทย์

3.3 ผลการดำเนินงานและการให้บริการของสถานพยาบาล

ข้อมูลในตารางที่ 3.2 เมื่อพิจารณาแยกเป็นสถานพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชนจะพบว่าในกรณีของผู้ป่วยนอกมีผู้ประกันตนมาใช้บริการในสถานพยาบาลภาคเอกชนสูงกว่าสถานพยาบาลภาครัฐ จากการศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการของผู้ประกันตนของ เสาวภา และคณะ (2535) รัชยา (2535) เพ็ญศรี (2542) และอดิเทพ (2543)²⁰ ให้เหตุผลที่สอดคล้องกัน คือ ผู้ประกันตนได้รับความพอใจจากความรวดเร็วในการให้บริการ ไม่ต้องเสียเวลาในการรอคอยนาน ระยะเวลาในการให้บริการที่มากกว่า สภาพแวดล้อมของสถานพยาบาลที่ดี อธิษาศัยของผู้ให้บริการ และเครือข่ายของสถานพยาบาล ปัจจัยเหล่านี้สถานพยาบาลของภาคเอกชนตอบสนองได้ดีกว่าของภาครัฐ ในขณะที่งานศึกษาของ บรรเทา และคณะ (2538) แสดงว่าสถานพยาบาลภาค

²⁰ งานศึกษาของ เสาวภา และคณะ และของรัชยา ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างผู้ประกันตนในกรุงเทพฯ และปริมณฑล งานศึกษาของเพ็ญศรี ใช้กลุ่มตัวอย่างในจังหวัดนนทบุรี และงานศึกษาของอดิเทพ ใช้กลุ่มตัวอย่างในจังหวัดสมุทรปราการ

เอกชน (กลุ่มเครือข่าย สปอ.) สามารถสนองความต้องการแก่ผู้ประกันตนได้ดีกว่าสถานพยาบาลภาครัฐ (กลุ่มเครือข่ายโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี) ทั้งในด้านการอำนวยความสะดวก การอธิบายก่อนการรักษา การคำนึงถึงความต้องการผู้ป่วย ความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย การตอบสนองต่อการร้องขอความช่วยเหลือ เป็นต้น

สำหรับกรณีผู้ป่วยใน จากข้อมูลในตารางที่ 3.2 จะเห็นว่าสถานพยาบาลเอกชนมีจำนวนครั้งในการรักษามากกว่าสถานพยาบาลภาครัฐเล็กน้อย แต่เมื่อพิจารณาจากจำนวนวันนอนในการเข้ารักษาพยาบาลแต่ละครั้ง พบว่าสถานพยาบาลภาครัฐให้บริการสูงกว่าสถานพยาบาลภาคเอกชน โดยจำนวนวันนอนในสถานพยาบาลภาครัฐมีแนวโน้มลดลงขณะที่ของสถานพยาบาลภาคเอกชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การที่ผู้ประกันตนใช้บริการจำนวนวันนอนในสถานพยาบาลภาคเอกชนน้อยกว่าภาครัฐ อาจเกิดจากค่าใช้จ่ายในสถานพยาบาลภาคเอกชนสูงกว่า ขณะที่ผลประโยชน์ทดแทนที่ได้รับจากกองทุนประกันสังคมค่อนข้างจำกัด นอกจากนี้จากระบบการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว (กรณีคนไข้ทั่วไป) มีจุดอ่อนที่อาจจะทำให้สถานพยาบาลพยายามควบคุมต้นทุนของตนเอง โดยการลดรายการรักษา การเร่งจำหน่ายผู้ป่วยเร็วกว่าปกติ (จากงานศึกษาของ อติเทพ (2543)) สถานพยาบาลมีแนวโน้มจะปฏิเสธผู้ป่วยที่จะทำให้เกิดค่าใช้จ่ายสูง เมื่อพิจารณาว่าโรงพยาบาลเอกชนมีเป้าหมายแสวงหากำไรสูงสุด จึงอาจมีความโน้มเอียงที่จะแสดงพฤติกรรมเหล่านี้ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงระยะเวลาในการเข้าพักรักษาของผู้ป่วยที่น้อยกว่าโรงพยาบาลรัฐ²¹

²¹ ในที่นี้ไม่ได้พิจารณาถึงปัจจัยอื่นที่อาจมีผลต่อจำนวนการให้บริการของสถานพยาบาล เช่น ความรุนแรงของโรคและความยากง่ายในการรักษา หรือประสิทธิภาพในการบริหารซึ่งปกติสถานพยาบาลเอกชนมักทำได้ดีกว่า หรือความต้องการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางซึ่งโรงพยาบาลของรัฐบางแห่งจะมีความพร้อมด้านบุคลากรและเครื่องมือทางการแพทย์มากกว่า เป็นต้น

ตารางที่ 3.2 อัตราการใช้บริการทางการแพทย์

ปี	สถานพยาบาลภาครัฐ				สถานพยาบาลภาคเอกชน				สถานพยาบาลรวม			
	จำนวนผู้ขึ้นทะเบียน (ล้านคน)	ผู้ป่วย			จำนวนผู้ ขึ้นทะเบียน (ล้านคน)	ผู้ป่วย			จำนวนผู้ ขึ้นทะเบียน (ล้านคน)	ผู้ป่วย		
		นอก (ครั้ง/คน/ปี)	ใน			นอก (ครั้ง/คน/ปี)	ใน			นอก (ครั้ง/คน/ปี)	ใน	
			(ครั้ง/คน/ปี)	(วัน/ครั้ง)			(ครั้ง/คน/ปี)	(วัน/ครั้ง)			(ครั้ง/คน/ปี)	(วัน/ครั้ง)
2535	1.703	0.590	0.032	6.65	1.052	1.070	0.042	3.00	2.755	0.780	0.036	5.38
2536	1.617	0.600	0.033	6.63	1.699	1.130	0.040	3.13	3.316	0.700	0.038	4.96
2537	1.763	0.860	0.040	5.18	2.149	1.250	0.037	3.52	3.912	1.080	0.038	4.32
2538	1.900	1.000	0.024	5.60	2.339	1.410	0.030	4.00	4.240	1.220	0.027	4.59
2539	1.980	1.170	0.029	5.95	2.924	1.450	0.031	4.22	4.904	1.340	0.030	4.87
2540	2.317	1.440	0.032	5.82	3.157	1.590	0.035	4.18	5.474	1.520	0.034	4.83
2541	2.559	1.400	0.031	5.48	3.189	1.500	0.033	4.11	5.748	1.460	0.032	4.70
2542	2.147	2.070	0.041	5.38	2.969	2.220	0.043	3.99	5.117	2.150	0.043	4.56
2543	2.373	1.850	0.042	5.42	3.280	2.180	0.044	4.07	5.653	2.040	0.043	4.62
2544	2.468	2.370	0.041	n.a.	3.457	2.600	0.050	n.a.	6.175	2.510	0.046	n.a.

ที่มา : - อัตราการใช้บริการทางการแพทย์ ปี 2535-2540 รวบรวมจาก รายงานประจำปี สำนักงานประกันสังคม

- จำนวนผู้ขึ้นทะเบียน ปี 2535-2540 จากเพ็ญศรี ฤกษ์นันท์ (2542)

- อัตราการใช้บริการทางการแพทย์ และจำนวนผู้ขึ้นทะเบียนปี 2541-2543 จากกองประสานการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม

3.4 ความพึงพอใจของผู้ประกันตนที่ใช้บริการทางการแพทย์

จากการทบทวนการศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ประกันตนที่ใช้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคมพบว่าผลของการวิจัยที่มีอยู่ได้ข้อสรุปที่หลากหลาย งานศึกษาของ บรรเทา และคณะ (2538) สัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้ประกันตนต่อหลักประกันทางสุขภาพที่ได้รับพบว่าผู้ประกันตนค่อนข้างพอใจกับหลักประกันสุขภาพที่ได้รับ เช่นเดียวกับงานศึกษาของ กิตติมา (2537) ดุษฎี (2539) สุภาพร (2539) กิตติมา (2537) ศึกษาความคิดเห็นของผู้ประกันตนต่อบริการของโรงพยาบาลรามาธิบดีพบว่าค่อนข้างพอใจและไม่รู้สึกถึงความแตกต่างกับการรับบริการจากสถานพยาบาลโดยไม่ใช้สิทธิประกันสังคม ส่วน ดุษฎี และสุภาพร ศึกษาในจังหวัดนนทบุรีและชลบุรี ตามลำดับ อย่างไรก็ตามงานศึกษาของ เกสร (2543) ซึ่งศึกษาการให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาล กรณีศึกษาโรงพยาบาลอ่างทอง และงานศึกษาของ อติเทพ (2543) ให้ข้อสรุปที่ตรงกันว่าผู้ประกันตนเห็นว่าโครงการประกันสังคมมีประโยชน์ อย่างไรก็ตามเมื่อสำรวจถึงพฤติกรรมการเข้ารับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยกลับพบว่าการใช้สิทธิจากประกันสังคมที่ตนเองมีไม่ใช่เป็นทางเลือกแรก ทั้งนี้เนื่องมาจากความไม่สะดวกในการเข้าใช้บริการ (ในจังหวัดอ่างทอง มีโรงพยาบาลอ่างทองเป็นคู่สัญญาหลักเพียงแห่งเดียว) ซึ่งมักจะเกิดกับผู้เลือกสถานพยาบาลของรัฐบาลเพราะต้องเสียเวลารอนานและเวลาให้บริการ โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยนอกมักจะเป็นเวลาราชการซึ่งผู้ประกันตนไม่สะดวกมาใช้บริการในเวลาดังกล่าว นอกจากนี้ยังมีเรื่องของทัศนคติของผู้ให้บริการที่ปฏิบัติต่อคนใช้ประกันสังคมจะดีกว่าคนใช้ทั่วไป ดังนั้นผู้ประกันตนบางส่วนจึงสมควรใจจะเลือกใช้บริการจากโรงพยาบาลหรือคลินิกเอกชน หรือหากจะใช้บริการในสถานพยาบาลที่ตนเองขึ้นทะเบียนก็จะไม่แสดงสิทธิเป็นผู้ประกันตน

ปัญหาหลักที่ทำให้ผู้ประกันตนไม่พอใจและต้องการให้มีแก้ไขเป็นปัญหาเรื่องความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการ (ดุษฎี (2539) สุภาพร (2539) สุจิตราและคณะ (2539)) คุณภาพยา/การให้บริการ ((ดุษฎี (2539) สุจิตราและคณะ (2539) และดรฤณี (2541)) เจ้าหน้าที่ไม่เอาใจใส่/ให้ความสนใจน้อยเมื่อเทียบกับผู้ป่วยประเภทอื่น (ดุษฎี (2539) สุภาพร (2539) สุจิตราและคณะ (2539) เกสร (2543)) จากปัญหาเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าเมื่อพิจารณาในแง่ของความพึงพอใจ คุณภาพการรักษา และการปฏิบัติต่อคนไข้ผู้ประกันตน ยังคงต้องมีการปรับปรุงเพื่อสร้างความมั่นใจแก่ผู้ประกันตนในการเข้ารับบริการ นอกจากนี้ปัญหาคำคัญอีกประการหนึ่งคือ ผู้ประกันตนมีความรู้ความเข้าใจในสิทธิที่ตนมีค่อนข้างน้อย (งานศึกษาของ กิตติมา (2537) บรรเทา และคณะ (2538) และเกสร (2543)) ทำให้ผู้ประกันตนไม่ได้ใช้สิทธิที่พึงได้อย่างเต็มที่และบางครั้งถูกสถานพยาบาลเอาเปรียบ เช่น การเรียกเก็บค่ารักษาเพิ่มเติม หรือการเรียกเก็บค่ารักษาล่วงหน้าและให้ผู้ประกันตนไปเบิกกับสำนักงานประกันสังคมเอง ปัญหาเหล่านี้สำนักงานประกันสังคมได้รับรู้และหาแนวทางแก้ไขอย่างต่อเนื่อง (จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคม) โดยมีการทำ

ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ จัดทำโครงการรณรงค์เผยแพร่ข่าวสารผ่านแหล่งต่างๆ การจัดศูนย์ข้อมูลทางโทรศัพท์ เป็นต้น อย่างไรก็ตามจากการศึกษาโครงการประเมินผลแผนประกันสังคม (รายงานการศึกษาชั้นกลาง มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย - TDRI (มิถุนายน 2544)) ได้แสดงให้เห็นว่าแผนการประชาสัมพันธ์ของสำนักประกันสังคมยังขาดการประเมินผลในส่วนของผู้รับข่าวสาร และการกระจายข่าวรวมทั้งการเข้าถึงของสื่อยังไม่ดีพอ

ตารางที่ 3.3 สรุปผลการวิจัยเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ประกันตนของสำนักงาน
ประกันสังคม

ปี	ผู้วิจัย	จังหวัด	สถานพยาบาล	พอใจ(%ของผู้ตอบ)	ไม่พอใจ/ต้องปรับปรุง
2537	กิติมา	กรุงเทพมหานคร	ร.พ.รามฯ	ค่อนข้างพอใจและ ไม่รู้ถึงถึงความแตกต่างกับ การรับบริการจากสถาน พยาบาลโดยไม่ใช้ สิทธิประกันสังคม	
2538	บรรเทา	กรุงเทพมหานคร	คลินิก โพลีคลินิก ร.พ.ขนาดเล็ก	มาก : 34% - 61% ปานกลาง:32%-45%	
2539	ดุขี	นนทบุรี	รัฐ 2 แห่ง เอกชน 2 แห่ง	79%	- ความสะดวกรวดเร็ว -เจ้าหน้าที่ไม่เอาใจใส่ - คุณภาพยา
	สุภาพร	ชลบุรี	รัฐ 4 แห่ง	80%-87%	- ความไม่เสมอภาค เมื่อเปรียบเทียบกับ คนอื่น - ความรวดเร็วในการ ให้บริการ
	สุจิตรา และ คณะ	โรงงานบนถนน บางนา-ตราด	รัฐ เอกชน และ คลินิก	ค่อนข้างไม่พอใจอยู่ ในระดับ $\bar{X}=2.14-2.24$	- คุณภาพยา - ความสะดวกรวดเร็ว ในการรับยา -เจ้าหน้าที่ไม่เอาใจใส่ ให้ความสนใจน้อย เมื่อเทียบกับ ผ.ป. บัตรอื่น -ถ้าผ่าตัดไส้ติ่งหรือ ป่วยมากจะไม่มาใช้
2541	ดุณี	กรุงเทพมหานคร และปริมณฑล (กลุ่มตัวอย่างที่ เคยใช้ประกัน สังคม 47 คนจาก 103 คน)	เอกชนและรัฐ	ไม่ได้วัด	- ควบคุมคุณภาพยา และบริการ - เพิ่มประโยชน์ทด แทน
2542	เพ็ญศรี	นนทบุรี	รัฐ : รามา		- ควรเพิ่มการตรวจ

ปี	ผู้วิจัย	จังหวัด	สถานพยาบาล	พอใจ(%ของผู้ตอบ)	ไม่พอใจ/ต้องปรับปรุง
			เอกชน: ปากเกร็ด เวชการ		สอบมาตรฐานการ รักษาพยาบาล - มีมาตรการลงโทษ สถานพยาบาลที่ต่ำ กว่ามาตรฐาน
2543	เกสร	อ่างทอง	ร.พ.อ่างทอง		- เสียเวลารอนาน - ทักษะคติของผู้ให้ บริการที่ปฏิบัติต่อคน ไข้ประกันสังคมจะ ด้อยกว่าคนไข้ทั่วไป
	อติเทพ	สมุทรปราการ			(เหมือนเกสร)

3.5 มาตรการตรวจสอบและการลงโทษสถานพยาบาล

เนื่องจากระบบการจัดบริการทางการแพทย์ที่ใช้อยู่ในปัจจุบันยังมีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมของสถานพยาบาลที่มุ่งหวังกำไรสูงสุดรวมถึงทัศนคติของผู้ให้บริการดังที่ได้กล่าวในข้อ 3.3 และ 3.4 สำนักงานประกันสังคมจึงได้มีการกำหนดแนวทางการตรวจสอบและการลงโทษ ซึ่งมีกองประสานการแพทย์เป็นผู้ทำหน้าที่นี้โดยการส่งเจ้าหน้าที่และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (ปัจจุบันมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 6 คน พยาบาล 6 คน และเภสัชกร 1 คน ดูแลทั้งกองทุนประกันสังคม และกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากการทำงาน) ที่ได้รับการแต่งตั้งจากคณะกรรมการการแพทย์²² เป็นผู้ลงพื้นที่เก็บข้อมูลและตรวจสอบข้อร้องเรียนในสถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาหลัก โดยสถานพยาบาลจะต้องดำเนินการให้ได้มาตรฐานทั้ง 11 ประการ (ดูภาคผนวก ข) ซึ่งคณะผู้ตรวจสอบจะประเมินเป็นคะแนนในแต่ละมาตรฐานจากนั้นแล้วจึงรวบรวมเป็นคะแนนเฉลี่ยเพื่อกำหนดเกรด โดยจะมีตั้งแต่เกรด A ซึ่งเป็นระดับที่ดีที่สุดไปจนถึงเกรด D ซึ่งเป็นระดับต่ำสุด สำนักงานประกันสังคมจะใช้เกรดที่ประเมินได้เป็นแนวทางในการกำกับดูแลสถานพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

สำหรับมาตรการลงโทษในกรณีที่พบว่าสถานพยาบาลทำไม่ถูกต้อง เช่น การเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลจากผู้ประกันตน หรือไม่รับผิดชอบในการตามจ่ายเมื่อผู้ประกันตนไปเข้า

²² คณะกรรมการการแพทย์ได้รับการแต่งตั้งโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงานฯ โดยประกอบไปด้วยกรรมการที่ถูกเลือกจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งเป็นผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (แพทย์เท่านั้น) จำนวน 15 คน เพื่อกำหนดกฎเกณฑ์ มาตรฐานการรักษา และตัดสินลงโทษสถานพยาบาลที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมในการรักษาผู้ประกันตน ฯลฯ

รักษากับสถานพยาบาลอื่น (เช่น กรณีอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน) กองประสานการแพทย์จะนำเรื่องเสนอคณะกรรมการการแพทย์เพื่อพิจารณาลงโทษ ซึ่งมาตรการลงโทษจะมีตั้งแต่การตัดคะแนน (ใช้ระบบคะแนนเป็นเกณฑ์) การให้ตามจ่ายคืน จนถึงขั้นรุนแรงซึ่งมักจะเกี่ยวกับจรรยาบรรณด้านวิชาชีพ จะมีการตัดโควตาจำนวนผู้ประกันตนที่สถานพยาบาลนั้นจะรับได้ หรือการบอกเลิกสัญญา กับสถานพยาบาลนั้นๆ โดยปกติสำนักงานประกันสังคมจะบอกเลิกสัญญากับสถานพยาบาลใด จะต้องได้รับมติเอกฉันท์จากคณะกรรมการการแพทย์และมักจะกระทำอย่างไม่เปิดเผยโดยการไม่ต่อสัญญากับสถานพยาบาลนั้นในปีถัดไป อย่างไรก็ตาม จากการสัมภาษณ์สำนักงานประกันสังคมพบว่า ที่ผ่านมาการเลิกสัญญาจะกระทำกับสถานพยาบาลเอกชนเท่านั้น ส่วนกรณีของสถานพยาบาลภาครัฐ แม้ว่าจะพบความผิดขั้นรุนแรงแต่ก็ไม่เคยถึงขั้นบอกเลิกสัญญา (เป็นข้อตกลงกับกระทรวงสาธารณสุข) มาตรการที่พอจะดำเนินการได้คือ การส่งเรื่องแก่แพทย์สภาหรือกองประกอบโรคศิลป์เป็นผู้พิจารณาสั่งการให้ดำเนินการแก้ไขต่อไป

สำหรับการตรวจสอบการให้บริการของสถานพยาบาลและเครือข่ายพบว่า ในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา การเข้าไปตรวจสอบสถานพยาบาลจะกระทำเฉพาะกับสถานพยาบาลทั้งหมดที่เป็นคู่สัญญาหลักเท่านั้น ไม่มีการเข้าไปตรวจสอบสถานพยาบาลที่เป็นเครือข่ายโดยตรงแต่จะให้สถานพยาบาลคู่สัญญาหลักเป็นผู้รับผิดชอบในมาตรฐานการให้บริการของเครือในกลุ่มตนเอง การตรวจสอบตามแนวทางนี้ทำให้เกิดข้อสงสัยเกี่ยวกับมาตรฐานการตรวจสอบของแต่ละสถานพยาบาลที่มีเครือข่ายที่อาจแตกต่างกัน นอกจากนี้อาจทำให้สำนักงานประกันสังคมขาดข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานพยาบาลเครือข่ายซึ่งจะมีผลต่อการวางแผนงานเพื่อปรับปรุงแก้ไขระบบเครือข่ายในอนาคต

3.6 สถานะทางการเงินของกองทุนประกันสังคม

ในส่วนนี้จะเป็นการพิจารณาถึงสถานะทางการเงินของกองทุนประกันสังคมโดยศึกษาจากกระแสรายรับและรายจ่ายที่สำคัญ ตลอดจนฐานะทางการเงินซึ่งจะเป็นเครื่องชี้ถึงสถานะการดำรงอยู่ของกองทุนในอนาคต

โดยปกติ การดำเนินงานของกองทุนประกันสังคมอาศัยแหล่งเงินจากเงินสมทบของฝ่ายลูกจ้างผู้ประกันตน ฝ่ายนายจ้างสถานประกอบการ และฝ่ายรัฐบาล โดยมีสำนักงานประกันสังคมเป็นผู้บริหารจัดการและจัดสรรเงินกองทุนให้แก่ลูกจ้างในรูปของสิทธิประโยชน์ตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อกล่าวถึงโครงสร้างงบการเงินของกองทุนสามารถพิจารณาได้เป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่แสดงผลการดำเนินงาน (งบรายรับ-รายจ่าย) และส่วนที่แสดงฐานะทางการเงิน (งบดุล)

ตารางที่ 3.4 ผลการดำเนินงาน และฐานะทางการเงินของกองทุนประกันสังคม

ปี	เงินสมทบ	ประโยชน์ ทดแทน	ประโยชน์ทด แทน / เงินสมทบ	รายรับ	รายจ่าย	รายรับสุทธิ	เงินกองทุนสุทธิ	สินทรัพย์รวม	เงินกองทุน/ สินทรัพย์รวม
	(ล้านบาท)	(ล้านบาท)	(%)	(ล้านบาท)	(ล้านบาท)	(ล้านบาท)	(ล้านบาท)	(ล้านบาท)	(เท่า)
2534	2,962	778	26.27%	3,038	785	2,253	2,256	2,256	0.999
2535	6,016	2,057	34.19%	6,273	2,152	4,121	6,373	6,374	0.999
2536	9,358	2,473	26.43%	9,914	2,737	7,177	13,550	13,550	0.999
2537	12,172	3,773	31.00%	13,787	4,060	9,727	23,277	23,784	0.979
2538	12,724	3,991	31.67%	15,500	4,631	10,869	34,024	34,350	0.991
2539	15,234	6,239	40.95%	19,028	6,760	12,268	46,415	47,070	0.986
2540	16,448	10,245	62.29%	21,477	11,045	10,432	56,773	60,677	0.936
2541	10,735	7,637	71.14%	17,605	8,362	9,243	67,567	68,870	0.981
2542	22,471	7,676	34.16%	29,070	8,547	20,523	88,562	88,990	0.995
2543	32,278	10,553	32.69%	38,442	11,754	26,688	115,060	115,772	0.994
2544	34,512	11,223	32.52%	41,459	12,970	28,489	143,298	143,473	0.998

ที่มา : รายงานประจำปี สำนักงานประกันสังคม

หมายเหตุ : - ปี 2537 เปลี่ยนวิธีบันทึกบัญชีการรับรู้รายรับ-รายจ่ายเป็นเกณฑ์ค้างรับจากเดิมใช้เกณฑ์เงินสด

- ปี 2541 ปรับลดอัตราเงินสมทบเรียกเก็บสำหรับความคุ้มครอง 4 กรณี (กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ และตาย) ทั้งสามฝ่ายจาก 1.5% เป็น 1%

- ปี 2542 ขยายความคุ้มครองและเรียกเก็บเงินสมทบเพิ่มอีก 2 กรณี คือ กรณีสงเคราะห์บุตร และชราภาพ

จากข้อมูลในตารางที่ 3.4 ในส่วนของการดำเนินงานแสดงให้เห็นว่า ตั้งแต่เริ่มจัดตั้งกองทุนในปี 2534 จนถึงปัจจุบัน กองทุนมีรายรับมากกว่ารายจ่ายมาโดยตลอดและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี²³ ยกเว้นปี 2540-41 ซึ่งอยู่ในช่วงที่ประเทศประสบภาวะวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจทำให้มีผู้ประกันตนลดลง (ดูภาพที่ 3.1) ประกอบกับสำนักงานประกันสังคมพิจารณาปรับลดอัตราเงินสมทบ 4 กรณี เพื่อลดภาระสำหรับทุกฝ่ายจากร้อยละ 1.5 เป็น ร้อยละ 1 ทำให้รายรับสุทธิลดลงเล็กน้อย อย่างไรก็ตามในปีถัดมารายรับสุทธิปรับเพิ่มขึ้นอย่างมากอันเป็นผลมาจากการเรียกเก็บเงินสมทบเพิ่มเติมอีก 2 กรณี (กรณีสงเคราะห์บุตร และกรณีชราภาพ) เมื่อพิจารณาโครงสร้างรายรับ

²³ อย่างไรก็ตาม ในปี 2544 กองทุนประกันสังคมเปลี่ยนนโยบายทางบัญชีโดยการตั้งสำรองสำหรับค่าประโยชน์ทดแทนระยะสั้น (กรณีเจ็บป่วย, คลอดบุตร, ตาย และสงเคราะห์บุตร) และระยะยาว (กรณีทูพพลภาพ และชราภาพ) เป็นจำนวนรวม 48,583.62 ล้านบาท หากนำเงินสำรองส่วนนี้หักออกจากรายได้สุทธิจะทำให้กองทุนแสดงผลรายจ่ายมากกว่ารายรับเท่ากับ 20,094.81 ล้านบาท แต่ในตารางที่ 3.4 จะไม่นำรายการดังกล่าวมาพิจารณา

จะเห็นว่า รายได้จากเงินสมทบเป็นส่วนประกอบที่สำคัญที่สุดคิดเป็นร้อยละ 80-97 ของรายรับรวมตลอดช่วงปี 2534-2543 โดยส่วนที่เหลือเป็นรายรับจากดอกเบี้ยและเงินปันผล (ไม่ได้แสดงในตาราง) ขณะที่ด้านรายจ่ายจะเห็นว่าเงินประโยชน์ทดแทนที่จ่ายให้แก่ผู้ประกันตนเป็นส่วนประกอบที่สำคัญที่สุดของรายจ่ายคิดเป็นร้อยละ 87-99 ของรายจ่ายทั้งหมด โดยส่วนที่เหลือเป็นรายจ่ายค่าบริหาร

ตารางที่ 3.5 แสดงส่วนประกอบของเงินสมทบและเงินประโยชน์ทดแทน โดยเงินสมทบจะมีแหล่งที่มาจากฝ่ายนายจ้างและลูกจ้างผู้ประกันตนเป็นหลักคือประมาณ 2 ใน 3 ของเงินสมทบรวม ยกเว้นในปี 2543-2544 ที่สัดส่วนเพิ่มเป็น 3 ใน 4 ของเงินสมทบรวม ขณะที่เงินสมทบจากฝ่ายรัฐบาลจะคิดเป็น 1 ใน 3 ของเงินสมทบรวม โดยปี 2543-44 สัดส่วนลดลงเป็น 1 ใน 4 ของเงินสมทบรวม (ปี 2534-2536 ยังเป็นการบันทึกบัญชีตามเกณฑ์เงินสด (Cash Basis) ทำให้เงินสมทบแสดงเป็นยอดที่จ่ายจริง)²⁴ สำหรับเงินประโยชน์ทดแทน พบว่าค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับกรณีเจ็บป่วยเป็นส่วนประกอบที่สำคัญที่สุดโดยมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 60 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี เนื่องจากมีผู้มาขอประโยชน์ทดแทนเพิ่มขึ้นทั้งในแง่ของจำนวนผู้ประกันตนที่เพิ่มขึ้นและการเพิ่มสิทธิประโยชน์ทางการรักษา เช่น การเพิ่มอัตราเหมาจ่าย การปรับเพิ่มค่าแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เงินเพิ่มตามอัตราการให้บริการ เงินเพิ่มสำหรับโรคเรื้อรังบางชนิด เป็นต้น (ดูตารางที่ 2.5 ในบทที่ 2 และภาคผนวก ก ลำดับการเปลี่ยนแปลงสิทธิประโยชน์ที่ให้แก่ผู้ประกันตนของกองทุนประกันสังคม) สังเกตว่าที่ผ่านมการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพยังคงค่อนข้างน้อย อย่างไรก็ตามในระยะยาวมีการคาดการณ์ว่าค่าใช้จ่ายส่วนนี้จะเพิ่มขึ้นเมื่อผู้ประกันตนที่เข้าข่ายจะมีจำนวนเพิ่มขึ้น ซึ่งกองทุนประกันสังคมก็เริ่มมีการกันเงินสำรองและรับรู้เป็นรายจ่ายสำหรับภาระการจ่ายสิทธิประโยชน์ในระยะสั้นและระยะยาวตั้งแต่ปี 2544 ทำให้รายรับต่ำกว่ารายจ่ายเป็นปีแรก (ดูเชิงอรรถ 19)

เมื่อพิจารณาอัตราส่วนประโยชน์ทดแทนต่อเงินสมทบในตารางที่ 3.4 พบว่ามีสัดส่วนร้อยละ 26-41 ยกเว้นปี 2540 ที่มีผู้ขอประโยชน์ทดแทนเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในกรณีเจ็บป่วย คลอดบุตร และตาย ขณะที่ในปี 2541 สำนักงานประกันสังคมได้ปรับลดอัตราเงินสมทบเรียกเก็บจึงทำให้รายรับจากเงินสมทบลดลง จากแนวโน้มเงินสมทบที่สูงกว่าประโยชน์ทดแทนค่อนข้างมาก

²⁴ ในทางปฏิบัติ การจ่ายเงินสมทบทั้ง 3 ฝ่ายมักจะมีความล่าช้าในการนำส่ง โดยเฉพาะฝ่ายรัฐบาลที่เกิดปัญหาในเรื่องงบประมาณ ทำให้เงินสมทบที่จ่ายเข้ากองทุนจริงค่อนข้างเบี่ยงเบนจากจำนวนที่ต้องจ่าย ดังแสดงในตารางที่ 3.6

ตารางที่ 3.5 เงินสมทบ และเงินประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคม

ปี	เงินสมทบ (ล้านบาท)			จำนวนเงินประโยชน์ทดแทน (ล้านบาท)						
	นายจ้างและ ผู้ประกันตน	รัฐบาล จ่าย	รวม	เจ็บป่วย	คลอดบุตร	ทุพพลภาพ	ตาย	สงเคราะห์ บุตร	ชราภาพ	รวม
2534	2,786	176	2,962	757	4	-	17	-	-	778
2535	4,396	1,620	6,016	1,823	190	1	43	-	-	2,057
2536	5,554	3,804	9,357	2,078	327	8	61	-	-	2,473
2537	8,115	4,057	12,172	2,973	683	17	100	-	-	3,773
2538	8,483	4,241	12,724	2,870	918	27	177	-	-	3,991
2539	10,156	5,078	15,234	4,077	1,857	35	269	-	-	6,239
2540	10,777	5,671	16,448	6,833	2,845	69	498	-	-	10,245
2541	7,156	3,578	10,735	6,808	493	63	274	-	-	7,637
2542	14,981	7,490	22,471	5,565	1,545	83	459	23	1	7,676
2543	24,237	8,041	32,278	6,599	1,885	99	470	1,189	26	10,269
2544	25,928	8,583	34,512	7,792	1,526	92	398	1,335	77	11,223

ตารางที่ 3.6 เงินสมทบฝ่ายรัฐบาลที่ต้องจ่าย และที่จ่ายจริง

ปี	เงินสมทบฝ่ายรัฐบาล (ล้านบาท)	
	ต้องจ่าย	จ่ายจริง
2534	1,391	176
2535	2,198	1,620
2536	2,777	3,804
2537	4,057	4,447
2538	4,241	2,436
2539	5,078	5,582
2540	5,671	1,863
2541	3,578	7,520
2542	7,490	5,897
2543	8,041	8,191
2544	8,583	8,147

เงินสมทบจากฝ่ายรัฐบาลค้างรับ ณ 31 ธันวาคม 2544
3,128 ล้านบาท

ที่มา : กองวิชาการและแผนงาน สำนักงานประกันสังคม

หมายเหตุ : - ปี 2534-2536 การบันทึกรายรับ-รายจ่าย ใช้เกณฑ์เงินสด ดังนั้นในงบรายรับ-รายจ่ายจึงแสดงเงินสมทบ
- ปี 2537 เป็นต้นไป การบันทึกรายรับ-รายจ่าย ใช้เกณฑ์ค้ำรับค้ำจ่าย ดังนั้นในงบรายรับ-รายจ่าย
จึงแสดงเงินสมทบฝ่ายรัฐบาลตามยอดที่ต้องจ่าย

เราอาจพิจารณาได้ 2 ประเด็น กล่าวคือ มีการเรียกเก็บอัตราเงินสมทบเกินควร (ประเด็นเกี่ยวกับรายรับ) หรือจำนวนเงินประโยชน์ทดแทนที่จ่ายน้อยเกินไปหรือมีผู้ประกันตนมาขอรับประโยชน์ทดแทนน้อย (ประเด็นเกี่ยวกับรายจ่าย) จากการสอบถามเจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคมได้รับการชี้แจงว่าอัตราเงินสมทบที่เรียกเก็บเป็นรูปแบบการสำรองเพื่อจ่ายระยะกลางถึงยาวซึ่งปกติในช่วงแรกรายรับจะมากกว่ารายจ่าย อย่างไรก็ตามในระยะต่อไปส่วนต่างดังกล่าวจะลดลงเนื่องจากอัตราการเพิ่มของรายจ่ายจะสูงขึ้น ภายใต้แนวโน้มดังกล่าวกองทุนประกันสังคมจึงมีนโยบายนำสินทรัพย์บางส่วนไปลงทุนหาประโยชน์ตอบแทนให้กองทุนมีมูลค่าเพิ่มเพื่อรองรับรายจ่ายในกรณีที่สูงกว่ารายรับที่จัดเก็บได้ในอนาคต โดยปัจจุบัน ณ เดือนมิถุนายน 2545 กองทุนฯมีเงินลงทุนรวม 144.62 พันล้านบาท สำหรับประเด็นที่เกี่ยวกับรายจ่ายในส่วนของการประกันสุขภาพที่ให้กับผู้ประกันตนมีการพิจารณาปรับเปลี่ยนให้เพียงพอกับความจำเป็นอยู่เป็นประจำ ดังจะเห็นได้จากการการปรับเพิ่มเงินเหมาจ่าย ค่ารักษาพยาบาลที่ต้องใช้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง หรือค่ารักษาพยาบาลสำหรับโรคเรื้อรังบางประเภท เป็นต้น (ในตารางที่ 2.5 ของบทที่ 2 แสดงจำนวนเงินที่สำนักงานประกันสังคมจ่ายเป็นค่าบริการทางการแพทย์โดยรวมต่อจำนวนผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากรายละ 299 บาทในปี 2534 เป็น 1,310 บาทในปี 2544) อย่างไรก็ตาม ปัญหาเกี่ยวกับการไม่มาใช้สิทธิที่พึงได้รับของผู้ประกันตนอันเป็นผลสืบเนื่องมาจากไม่ทราบสิทธิหรือไม่ประสงค์จะใช้สิทธิเป็นสาเหตุหนึ่งที่สำคัญที่ทำให้ประโยชน์ทดแทนที่จ่ายน้อยกว่าที่ควรจะเป็น ซึ่งผลต่อเนื่องจากจำนวนการใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลน้อยจะกระทบต่อการคำนวณอัตราเหมาจ่ายให้สถานพยาบาล เนื่องจากหลักการคำนวณอัตราเหมาจ่ายจะพิจารณาจากอัตราการใช้บริการของผู้ประกันตนเป็นส่วนประกอบที่สำคัญ²⁵

สำหรับฐานะทางการเงินของกองทุนฯ เมื่อพิจารณาในแง่ของความมั่นคงจากตารางที่ 3.4 จะเห็นว่าเงินกองทุนสุทธิมีการปรับเพิ่มขึ้นต่อเนื่องจากการที่ผลการดำเนินงานที่เป็นบวกทุกปี (รายรับมากกว่ารายจ่าย)²⁶ เมื่อพิจารณาโครงสร้างทางการเงินจะพบว่าเงินกองทุนต่อสินทรัพย์รวมเท่ากับร้อยละ 98-100 ตลอดช่วงปี 2534-2544 โดยมีหนี้สินไม่ถึงร้อยละ 2 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นหนี้สินหมุนเวียน ความเสี่ยงต่อการดำรงอยู่ในอนาคตของกองทุนมี 2 ประเด็น คือ แนวโน้มส่วนต่างรายรับและรายจ่ายในอนาคตจะเริ่มลดลง และความเสี่ยงจากการนำเงินไปลงทุน อย่างไรก็ตามหากพิจารณาถึงนโยบายการลงทุนที่เน้นการลงทุนในตราสารหนี้ของรัฐบาลหรือที่รัฐบาลค้ำประกันในสัดส่วนที่สูง (ประมาณร้อยละ 95) ทำให้ความเสี่ยงจากการผิดนัดชำระหนี้ค่อนข้างต่ำ ยกเว้นความเสี่ยงจากสภาพคล่องและความเสี่ยงจากค่าเสียโอกาสในการลงทุน

²⁵ ดูหลักการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวให้สถานพยาบาลในภาคผนวก ค

²⁶ ดูเชิงอรรถ 19

บทที่ 4

แผนงานของสำนักประกันสังคม

โดยปกติสำนักงานประกันสังคมจะมีการจัดแผนงานประกันสังคมทุก 5 ปี เพื่อกำหนดกรอบและเป้าหมายการดำเนินงาน ซึ่งปัจจุบันใช้แผนประกันสังคม ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2540-2544) เป็นแนวทาง และกำลังอยู่ในช่วงการจัดทำแผนประกันสังคม ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2545-2549) เพื่อให้ทราบแผนงานในอนาคตของสำนักงานประกันสังคม ในบทนี้จึงได้ศึกษาถึงแผนงานซึ่งส่วนแรกจะเป็นการสรุปสาระสำคัญของแผนงาน และส่วนที่สองจะนำเสนอรายละเอียดแผนการดำเนินงานส่วนที่เกี่ยวกับการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

4.1 แผนงานของสำนักงานประกันสังคม

ในหัวข้อนี้จะเป็นการสรุปสาระสำคัญและความคืบหน้าของแผนงานที่ได้ดำเนินการมาตามแผนประกันสังคมฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2540-2544) และแผนงานที่คาดว่าจะดำเนินการในอนาคตตามแผนประกันสังคมฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2545-2549) จากการเผยแพร่ของสำนักงานประกันสังคม²⁷ และการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่กองวิชาการและแผนงาน สำนักงานประกันสังคม

4.1.1. การขยายความคุ้มครองการประกันสังคม แบ่งเป็น

4.1.1.1 การขยายระบบประกันสังคมให้ครอบคลุมสถานประกอบการที่มีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คน ตามแผนงานนี้สำนักงานประกันสังคมต้องการให้ครอบคลุมถึงสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป ซึ่งจะเริ่มดำเนินการภายในช่วงของแผนประกันสังคมฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2540-2544) แต่จากปัญหาความไม่พร้อมของฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องรวมถึงภาระทางงบประมาณของภาครัฐจึงทำให้แผนงานนี้ถูกเลื่อนมาตลอด จนเมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2544 คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบให้ขยายความคุ้มครองไปยังลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป โดยให้เริ่มขึ้นทะเบียนตั้งแต่ 1 เมษายน 2545 ซึ่งผู้ประกันตนจะได้รับประโยชน์ทดแทนเช่นเดียวกับที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน (ดูข้อ 4.2 เกี่ยวกับการรายละเอียดแผนการดำเนินงานส่วนที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพถ้วนหน้า)

4.1.1.2 แผนขยายความคุ้มครองไปถึงกรณีการประกันการว่างงาน คาดว่าจะเริ่มดำเนินการได้ในช่วงปลายปี 2546 จากการสอบถามเจ้าหน้าที่ของสำนักประกันสังคมทราบว่าแผนการส่วนนี้อยู่ในขั้นเตรียมงานโดยจำเป็นต้องมีการแก้ไขกฎหมายประกันสังคมในบางมาตรา การร่างพระราชกฤษฎีกาจัดเก็บเงินสมทบกรณี

²⁷ จาก www.sso.molsw.go.th

ว่างงาน รวมถึงกฎกระทรวง ประกาศ และระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง การจัดเตรียมพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อรองรับการดำเนินงานในส่วนนี้ โดยหลักการเบื้องต้นผู้ที่อยู่ในข่ายจะได้รับความคุ้มครองจะเป็นลูกจ้างผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ที่ว่างงาน ไม่รวมผู้ประกันตนตามมาตรา 39 และผู้ได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพ สำหรับเงินสมทบจะเรียกเก็บจากทั้ง 3 ฝ่าย (คาดว่าจะป็นอัตราร้อยละ 1 ของค่าจ้าง) โดยผู้ประกันตนจะได้รับประโยชน์ทดแทนในรูปตัวเงิน (ข้อตกลงเบื้องต้นคือร้อยละ 50 ของค่าจ้างเฉลี่ยไม่เกิน 6 เดือน) บริการจัดหางานและพัฒนาฝีมือแรงงาน

4.1.2 การเพิ่มสิทธิประโยชน์ มีแนวทางจะเพิ่มสิทธิประโยชน์บริการทางการแพทย์แก่คู่สมรสและบุตรของผู้ประกันตน โดยเฉพาะคู่สมรสที่อยู่นอกระบบประกันสังคม มีความเป็นไปได้ที่จะเริ่มดำเนินการในปี 2545 (ดู รายละเอียดแผนงานฯ ในหัวข้อ 3.2)

4.1.3 การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยสำนักงานประกันสังคมได้รับมอบหมายให้เข้าดูแลส่วนของสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและครอบครัว ตามที่คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กระทรวงสาธารณสุขเสนอในการประชุมการสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนถ้วนหน้าตามนโยบาย ซึ่งจะต้องประสานงานกับกระทรวงสาธารณสุขเพื่อหาแนวทางการดำเนินงานร่วมกันต่อไป อย่างไรก็ตาม จากการสอบถามเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ทราบว่าแผนงานส่วนนี้ถูกชะลอออกไปอีกอย่างน้อย 2 ปี ตามความเห็นของกรมบัญชีกลาง (ดูรายละเอียดแผนงานฯ ในหัวข้อ 3.2)

4.1.4 การปรับปรุงการให้บริการ

4.1.4.1 การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้จำนวนข้อมูลที่ต้องการครบถ้วน ล่าสุดมีการประสานงานกับกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย โดยเปลี่ยนเลขบัตรประกันสังคมเป็นเลขประจำตัวประชาชน 13 หลักแทน ตั้งแต่มีนาคม 2544 ที่ผ่านมา

4.1.4.2 การเปิดให้บริการสอบถามข้อมูลผ่านระบบอัตโนมัติ เพื่อให้ผู้ประกันตน นายจ้าง หรือผู้ที่มีปัญหาหรือมีข้อเสนอแนะสามารถติดต่อผ่านศูนย์บริการข้อมูลทางโทรศัพท์ (สายด่วนประกันสังคม หมายเลข 1506) ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

4.1.4.3 แผนการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำนักงานประกันสังคมได้กำหนดแผนการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยผ่านทางสถานประกอบการและสถานพยาบาล ซึ่งที่ผ่านมา มีการจัดโครงการนาร่องสร้างสรรค์สุขภาพในสถาน

ประกอบการจังหวัดสมุทรปราการ (มีสถานประกอบการเข้าร่วม 9 แห่ง ผู้ประกันตน 27,573 คน และสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน 3 แห่ง) ร่วมกันรณรงค์ให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคโดยเบื้องต้นแก่ผู้ประกันตน และมีแผนจะขยายโครงการไปยังสถานประกอบการในเขตอุตสาหกรรมต่างๆ ส่วนแผนงานต่อไปที่กำลังอยู่ในขั้นตอนการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ คือการนำเงินกองทุนประกันสังคมมาสนับสนุนงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้เป็นระบบและชัดเจนมากขึ้น โดยการเหมาจ่าย 50 บาท/คน/ปี ให้แก่สถานพยาบาลไปดำเนินการสนับสนุนด้านข้อมูลความรู้ทางวิชาการและกิจกรรมอื่นๆ ที่จำเป็น ตลอดจนการเป็นผู้ให้คำปรึกษาชี้แนะวิธีการรณรงค์แก่สถานประกอบการเพื่อให้สถานประกอบการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับแผนการนำเงินกองทุนประกันสังคมมาใช้สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพนี้ต้องมีการแก้ไขพระราชบัญญัติประกันสังคมด้วย

4.1.5 อื่นๆ

4.1.5.1 โครงการจัดทำบัตรรับรองสิทธิผู้ประกันตนในรูปแบบ Smart Card เพื่อใช้บันทึกข้อมูลผู้ประกันตน ข้อมูลการจ่ายเงินสมทบ ข้อมูลที่จำเป็นต้องใช้เกี่ยวกับการรักษา และข้อมูลด้านแรงงาน โครงการนี้ยังอยู่ในขั้นตอนการรออนุมัติ โดยสำนักงานประมาณได้ส่งโครงการจัดบัตรรับรองสิทธิฯ ให้คณะรัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์พิจารณา ซึ่งหากได้รับอนุมัติก็ใช้เวลาประมาณ 2 ปี โดยใช้วิธีการจัดจ้างให้บริษัทเอกชนมารับดำเนินการ (Out sourcing) ออกแบบโครงสร้างระบบและจัดทำบัตร

4.1.5.2 การพัฒนาบุคลากรภายในองค์กรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และความรู้ด้านภาษา

4.1.5.3 การบริหารจัดการกองทุนประกันสังคม เพื่อให้มีมูลค่าเพิ่ม มีเสถียรภาพ โปร่งใส และประชาชนตรวจสอบได้ โดยมีการจ้างที่ปรึกษาทางการเงินมาวางระบบการบริหารการลงทุน และจ้างผู้จัดการกองทุนมาทำหน้าที่บริหาร โดยมีการเผยแพร่รายงานสถานการณ์การบริหารเงินลงทุน ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2544 เป็นต้นมา ซึ่งสถานะ ณ เดือนมิถุนายน 2545 กองทุนประกันสังคมมีเงินลงทุนรวม 144,621.38 ล้านบาท แบ่งเป็นเงินลงทุนในหลักทรัพย์ที่มีความมั่นคงสูง (กำหนดไว้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60) 138,822.13 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 94.34 ของเงินลง

ทุน และเงินลงทุนในหลักทรัพย์ที่มีความเสี่ยง (กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 40)
5,799.25 บาท คิดเป็นร้อยละ 5.66 ของเงินลงทุน

4.1.5.3 การปรับปรุงกฎหมายประกันสังคม และกฎหมายเงินทดแทนให้ครอบคลุมการประกันสังคมในระยะยาว เพื่อให้มีความยืดหยุ่นและคล่องตัวในการปฏิบัติงาน โดยให้การทำงานจะให้ที่ปรึกษากฎหมายมีส่วนร่วมมากขึ้น โดยขณะนี้มีการแก้ไขกฎหมายประกันสังคม 52 เรื่อง และกฎหมายเงินทดแทน 47 เรื่อง อยู่ระหว่างการพิจารณาของคณะทำงานปรับปรุงแก้ไขกฎหมาย โดยมีรองเลขาธิการสำนักงานประกันสังคม (นายผดุงศักดิ์ เทพหัสดิน ณ อยุธยา) เป็นประธานคณะทำงานฯ

4.2 แผนการดำเนินงานส่วนที่เกี่ยวกับการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในหัวข้อนี้จะกล่าวถึงรายละเอียดของแผนงานประกันสังคมที่เกี่ยวกับการประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งในส่วนของการขยายความคุ้มครองไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คน การเพิ่มสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์แก่ครอบครัวของผู้ประกันตน และแผนงานการเข้าไปดูแลสวัสดิการข้าราชการแทนกรมบัญชีกลาง ในการนำเสนอจะทำการประมาณจำนวนผู้ประกันตนที่คาดว่าจะได้รับความคุ้มครองจากกองทุนประกันสังคมโดยใช้ข้อมูลการประมาณจำนวนลูกจ้างของ TDRI(2544) และทำการเปรียบเทียบกับประมาณของสำนักงานประกันสังคม

4.2.1 การขยายความคุ้มครองประกันสังคมลูกจ้างในสถานประกอบการ ตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป เป็นแผนการหนึ่งในแผนประกันสังคม ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2540-2544) ต่อไปนี้คือลำดับเหตุการณ์ของการดำเนินการตามแผนงานดังกล่าว

27 เม.ย. 2543 คณะกรรมการประกันสังคมเห็นชอบแผนงานขยายความคุ้มครองไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง ตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป

12 พ.ค. 2543 คณะกรรมการกองทุนเงินทดแทนเห็นชอบแผนงานขยายความคุ้มครองไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง ตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป

7 ส.ค. 2543 กระทรวงแรงงานนำเสนอความเห็นต่อสำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรี เพื่อนำเสนอต่อคณะรัฐมนตรีต่อไป โดยต้องร่างพระราชกฤษฎีกา (พ.ร.ฎ.) เพื่อบังคับใช้กับสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป และ พ.ร.ฎ. ยกเว้นการบังคับใช้กฎหมายกับนายจ้างบางประเภทกิจการ เช่น นายจ้างที่จ้างลูกจ้างไว้ใช้งานโดยงานที่ลูกจ้างทำไม่มีการประกอบธุรกิจรวมอยู่ด้วย หรือนายจ้างที่ประกอบกิจการหาบเร่ แผงลอย ที่ไม่หลักแหล่งแน่นอน เป็นต้น

- 2 พ.ย. 2543 สำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรี แจ้งผลการพิจารณาของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องว่า กระทรวงการคลังเห็นด้วยกับแผนงานดังกล่าว แต่สำนักงบประมาณ คณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐ และสำนักงาน ก.พ. เห็นขัดแย้ง เนื่องจากติดปัญหาการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายสมทบกองทุนประกันสังคม และการจัดสรรอัตราข้าราชการใหม่ เพราะภาครัฐมีนโยบายควบคุมค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร ทางสำนักงานเลขาธิการ จึงให้กระทรวงแรงงานโดย สำนักประกันสังคม ไปประชุมหาข้อสรุปกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 18 ธ.ค. 2543 ผลการหารือยังไม่ได้ข้อยุติ โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังยืนยันความเห็นเดิม กระทรวงแรงงานฯ จึงแจ้งผลการหารือต่อสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี และยืนยันเสนอเรื่องเข้า คณะรัฐมนตรี
- 8 ม.ค. 2544 สำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ส่งเรื่องกลับกระทรวงแรงงานฯ เพื่อรณำเสนอต่อ คณะรัฐมนตรีชุดใหม่ เพราะเป็นเรื่องเกี่ยวกับนโยบายที่มีผลกระทบต่อฐานะการเงินการคลังของรัฐบาล
- 6 มี.ค. 2544 เรื่องดังกล่าวได้ถูกนำเสนอสืบต่อ รมว. กระทรวงแรงงานฯ ภายใต้รัฐบาลชุดใหม่ เพื่อให้ความเห็นชอบ
- 27 มี.ค. 2544 รมว.กระทรวงแรงงานฯ ให้ส่งเรื่องต่อ สภาที่ปรึกษาเพื่อพัฒนาแรงงานแห่งชาติพิจารณาข้อดี ข้อเสีย พร้อมความเห็นประกอบ
- 2 เม.ย. 2544 สำนักประกันสังคมนำเรื่องเสนอต่อ สภาที่ปรึกษาฯ
- 18 เม.ย. 2544 สภาที่ปรึกษาฯ เริ่มประชุมเพื่อพิจารณาเรื่องดังกล่าว
- มิถุนายน 2544 สภาที่ปรึกษาฯ ให้ความเห็นชอบกับการขยายความคุ้มครองดังกล่าว โดยไม่เห็นด้วยการนำข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจมาเป็นข้ออ้างในการขยายความคุ้มครองทางกระทรวงแรงงานฯ โดยสำนักประกันสังคม จึงนำเสนอสืบต่อสำนักเลขาธิการ คณะรัฐมนตรีเพื่อรณำเสนอเข้าสู่ ครม. โดยต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการกลั่นกรองเรื่องเสนอที่ประชุมคณะรัฐมนตรี
- 2 ก.ค. 2544 คณะกรรมการกลั่นกรองฯ มีมติเห็นชอบให้มีการขยายความครอบคลุมแต่ให้เริ่มไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 5-9 คน ก่อนแล้วจึงค่อยขยายไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไปในภายหลัง เรื่องดังกล่าวจึงขึ้นอยู่กับ ครม. จะตัดสินใจ โดยจากการสอบถามเจ้าหน้าที่ของสำนักงานประกันสังคม หาก ครม. มีมติเห็นชอบ ทางสำนักงานประกันสังคมก็พร้อมจะเริ่มดำเนินการได้ทันทีในเดือนตุลาคมนี้
- 24 ก.ค. 2544 รมว. และ รมช. กระทรวงแรงงานฯ ร่วมประชุมหารือรอบกับตัวแทนจากกระทรวงการคลัง กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว

เนื่องจากมีความเป็นห่วงว่าหากเลือกขยายความครอบคลุมไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 5-9 คนเท่านั้นอาจจะขัดรัฐธรรมนูญ เพราะถือเป็นการเลือกปฏิบัติ

20 พ.ย. 2544 กระทรวงแรงงานฯ นำเสนอแผนการขยายความคุ้มครองไปยังลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไปเข้าคณะรัฐมนตรี ซึ่งที่สุดได้มีมติเห็นชอบให้เริ่มดำเนินการได้ตั้งแต่ 1 เมษายน 2545 เป็นต้นไป โดยนายจ้างหรือประเภทกิจการที่ต้องขึ้นทะเบียนคือ สถานประกอบการหรือกิจการทั่วไปที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป และมีการจดทะเบียนพาณิชย์ ยกเว้น ลูกจ้างของนายจ้างที่เป็นบุคคลธรรมดาซึ่งงานที่ลูกจ้างทำมิได้มีการประกอบธุรกิจรวมอยู่ด้วย และลูกจ้างของนายจ้างซึ่งประกอบการค้าหรือการค้าแฝงลอย ทั้งนี้ นายจ้างและลูกจ้างจะต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนในอัตราร้อยละ 3 ของค่าจ้าง ฝ่ายรัฐบาลจะจ่ายในอัตราร้อยละ 2 ของค่าจ้าง ซึ่งลูกจ้างจะได้รับความคุ้มครองทั้ง 6 กรณี (เจ็บป่วย ทุพพลภาพ ตาย คลอดบุตร สงเคราะห์บุตร และชราภาพ)

ในส่วนการเตรียมความพร้อมของสำนักงานประกันสังคมนั้น ได้มีการเชื่อมโยงข้อมูลกับสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย เพื่อใช้ในการตรวจสอบความถูกต้องและความซ้ำซ้อน ด้านการขึ้นทะเบียนนายจ้างและผู้ประกันตนจะเปิดให้สามารถยื่นล่วงหน้าได้ตั้งแต่ 1 มกราคม 2545 เป็นต้นไป โดยเริ่มจ่ายเงินสมทบภายในวันที่ 15 พฤษภาคม 2545 และเพื่อเป็นการรองรับภาระงานที่เพิ่มขึ้น สำนักงานประกันสังคมได้เพิ่มอัตรากำลังคนด้านต่างๆ 162 อัตรา เพื่อรองรับงานเหล่านี้

ตั้งแต่ มกราคม 2545 เปิดให้ลูกจ้างและสถานประกอบการที่มีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คน ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานประกันสังคมเพื่อเป็นสมาชิกโครงการฯ

1 เมษายน 2545 การขยายความคุ้มครองลูกจ้างและสถานประกอบการที่มีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คน มีผลบังคับใช้

จากแผนงานขยายความคุ้มครองไปยังลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไปนี้ จะทำให้ผู้ที่อยู่ในภาคแรงงานที่เป็นทางการอีกส่วนหนึ่งได้รับหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้น (สำนักงานประกันสังคมคาดว่าจะมีลูกจ้างเข้าสู่ระบบประกันสังคมเพิ่มขึ้นอีก 3.59 ล้านคนจากแผนงานนี้) เมื่อนำไปพิจารณาร่วมกับนโยบายการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรคฯ ของรัฐบาลชุดปัจจุบันซึ่งดำเนินการผ่านทางกระทรวงสาธารณสุขย่อมจะมีความเชื่อมโยงกันอย่างชัดเจน โดยเมื่อลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คน เข้าสู่ระบบประกันสังคมแล้ว ย่อมทำให้จำนวนผู้ที่ได้รับหลักประกันสุขภาพจากโครงการ 30 บาทฯ ลดลงนั้นหมายถึงภาระของรัฐบาลที่ให้อุดหนุนทุนภายใต้โครงการ 30 บาทฯ จะลดลงตาม แต่จะไปเพิ่มในส่วนของเงินสมทบกองทุนประกันสังคมแทน (ปัจจุบันรัฐบาลจ่ายสมทบกองทุนประกันสังคม

ร้อยละ 2 ของค่าจ้าง ขณะที่รัฐให้เงินอุดหนุนโครงการ 30 บาทฯ 1,202 บาท/คน/ปี สำหรับปีงบประมาณ 2545) เพื่อให้เห็นผลกระทบจากแผนการขยายความคุ้มครองของโครงการประกันสังคม ในส่วนนี้จะทำการประมาณจำนวนผู้ประกันตนที่จะเข้าสู่ระบบประกันสังคมตามแผนงานดังกล่าว และเปรียบเทียบภาระทางงบประมาณที่รัฐจะต้องจ่ายให้แก่โครงการประกันสังคมและโครงการ 30 บาทฯ

ตารางที่ 4.1 แสดงตัวเลขประมาณการจำนวนลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป และที่มีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คน ในช่วงปี 2545-2547 โดยเปรียบเทียบข้อมูลประมาณการของ TDRI²⁸ และสำนักงานประกันสังคม²⁹ สำหรับในช่วงเริ่มแผนงานขยายความครอบคลุมดังกล่าวคาดว่า จำนวนลูกจ้างที่ขึ้นทะเบียนจะต่ำกว่าจำนวนลูกจ้างที่มีอยู่จริง ซึ่งจากการสอบถามเจ้าหน้าที่ของสำนักงานประกันสังคมได้คาดการณ์ถึงปัญหาดังกล่าวและเตรียมการไว้แล้ว³⁰ โดยช่วงแรกการขยายขอบเขตจะให้สถานประกอบการขึ้นทะเบียนโดยสมัครใจและทำการประชาสัมพันธ์ให้แพร่หลาย ในช่วงต่อไปจึงจะเริ่มเข้มงวดโดยการตรวจสอบกิจการที่เข้าข่ายเพื่อให้มาขึ้นทะเบียน เช่น ตรวจสอบจากกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานหรือกรมทะเบียนการค้า หรือจากการแจ้งของลูกจ้างในสถานประกอบการที่เข้าข่ายแต่ยังไม่มาขึ้นทะเบียน เป็นต้น จากแนวโน้มดังกล่าวที่ต้องใช้เวลาในการปรับตัวของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม การประมาณจำนวนลูกจ้างที่ขึ้นทะเบียนของสถานประกอบการที่มีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คน ในปี 2545-2547 จะคำนวณภายใต้ข้อสมมติว่าลูกจ้างและสถานประกอบการเข้าสู่ระบบประกันสังคมค่อนข้างสมบูรณ์ ซึ่งกำหนดให้มีอัตราร้อยละ 85 90 และ 95 ของจำนวนลูกจ้างที่มีอยู่จริงโดยประมาณตามลำดับ สำหรับลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป กำหนดให้ขึ้นทะเบียนครบตามจำนวนที่มีอยู่จริง นอกจากนี้ในความเป็นจริงจำนวนลูกจ้างที่จ่ายเงินสมทบมักจะต่ำกว่าจำนวนลูกจ้างที่ขึ้นทะเบียน (มีสาเหตุจากการขึ้นทะเบียนช้าช้อน หรือลูกจ้างลี้ลาสภาพการจ้างงาน หรือลูกจ้างมีการเข้าออกงานอยู่ตลอดเวลาในระหว่างปี เป็นต้น) ดังนั้นในการประมาณการเงินสมทบกองทุนประกันสังคม จะประมาณการจำนวนผู้ประกันตนที่จ่ายเงินสมทบโดยเฉลี่ยตลอดปีเท่ากับร้อยละ 85 ของจำนวนลูกจ้างที่ขึ้นทะเบียนในสถานประกอบการที่มีลูก

²⁸ รายงานการศึกษาชั้นกลาง TDRI (มิถุนายน 2544)

²⁹ กองวิชาการและแผนงาน สำนักงานประกันสังคม

³⁰ จากข้อมูลเดือนพฤษภาคม และมิถุนายน 2545 มีลูกจ้างที่ขึ้นทะเบียน 656,605 และ 679,486 คน จากสถานประกอบการที่มีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คน 187,162 และ 190,771 แห่ง ตามลำดับ (ตัวเลขนี้รวมลูกจ้างและสถานประกอบการที่เคยมีขนาดตั้งแต่ 10 คนขึ้นไปด้วย)

จ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป และประมาณร้อยละ 80 ของจำนวนลูกจ้างที่ขึ้นทะเบียน สำหรับสถานประกอบการที่มีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คน³¹

จากการประมาณโดยใช้ฐานการประมาณจำนวนลูกจ้างของ TDRI (2544) พบว่าในกรณีที่รัฐบาลขยายความครอบคลุมไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 1 คนขึ้นไปในปี 2545 จะมีจำนวนลูกจ้างที่จ่ายเงินสมทบ 6.957 ล้านคนและเพิ่มเป็น 7.285 และ 7.631 ล้านคนในปี 2546 และ 2547 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าประมาณการของสำนักงานประกันสังคมที่คาดว่าจะมีลูกจ้างที่จ่ายเงินสมทบในปี 2545-2547 จำนวน 7.548, 7.734 และ 7.903 ล้านคนตามลำดับ โดยความแตกต่างของจำนวนลูกจ้างที่จ่ายเงินสมทบของทั้งสองหน่วยงานนี้เกิดจากประมาณการจำนวนลูกจ้างของสถานประกอบการที่มีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คนของ TDRI ต่ำกว่าประมาณการของสำนักงานประกันสังคม

ในตารางที่ 4.2 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบการคาดการณ์เงินเดือนเฉลี่ยของผู้ประกันตน ช่วงปี 2545 – 2547 โดยการประมาณของสำนักงานประกันสังคมจะอ้างอิงข้อมูลจากรายงานการสำรวจค่าจ้างของกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน ซึ่งในปี 2543 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6,300 บาท/คน/เดือน ปี 2544 เพิ่มเป็น 6,460 บาท/คน/เดือน (ปรับเพิ่มร้อยละ 2) และปี 2545-2547 เท่ากับ 6,650, 6,980 และ 7,330 บาท/คน/เดือน (ปรับเพิ่มร้อยละ 3, 5 และ 5 ตามลำดับ) สำหรับการคาดการณ์ของผู้วิจัยจะแยกเป็นเงินเดือนเฉลี่ยของผู้ประกันตนในสถานประกอบการขนาด 10 คนขึ้นไป และ 1 คนขึ้นไป โดยเงินเดือนเฉลี่ยของผู้ประกันตนในสถานประกอบการขนาด 10 คนขึ้นไป ประมาณโดยคิดย้อนกลับจากรายรับเงินสมทบที่รัฐบาลจ่ายเข้ากองทุนประกันสังคม และปรับเพิ่มด้วยอัตราเงินเฟ้อในปีถัดๆ ไป ขณะที่เงินเดือนเฉลี่ยของผู้ประกันตนในสถานประกอบการขนาด 1 คนขึ้นไป ในปี 2545 จะใช้ค่าประมาณของ TDRI (มกราคม 2545) ซึ่งคำนวณจากสมการถดถอยที่กำหนดจากแนวโน้มและลักษณะของลูกจ้าง ได้แก่ เพศ อายุ และการศึกษา และปรับเพิ่มด้วยอัตราเงินเฟ้อสำหรับปี 2546-2547

³¹ อัตราส่วนจำนวนลูกจ้างที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานประกันสังคมต่อจำนวนลูกจ้าง และอัตราส่วนลูกจ้างที่จ่ายเงินสมทบต่อลูกจ้างที่ขึ้นทะเบียน ใช้อัตราเดียวกับที่สำนักงานประกันสังคมประมาณไว้

ตารางที่ 4.1 ประมาณการจำนวนผู้ประกันตนกรณีขยายความคุ้มครอง ปี 2545-2547

	ประมาณการของ สปส.			ประมาณการของ TDRI		
	2545	2546	2547	2545	2546	2547
สปก.ที่มีลูกจ้าง 1-9 คน						
- ลูกจ้าง (ล้านคน)	3.600	3.620	3.630	2.776	2.772	2.768
- ลูกจ้างที่ขึ้นทะเบียน (ล้านคน)	3.060	3.260	3.450	2.360	2.495	2.630
- ลูกจ้างที่จ่ายเงินสมทบ (ล้านคน)	2.448	2.608	2.760	1.888	1.996	2.104
สปก. ที่มีลูกจ้าง 10 คนขึ้นไป						
- ลูกจ้าง (ล้านคน)	6.000	6.030	6.050	5.964	6.222	6.503
- ลูกจ้างที่ขึ้นทะเบียน (ล้านคน)	6.000	6.030	6.050	5.964	6.222	6.503
- ลูกจ้างที่จ่ายเงินสมทบ (ล้านคน)	5.100	5.126	5.143	5.069	5.289	5.528
สปก.ที่มีลูกจ้าง 1 คนขึ้นไป						
- ลูกจ้าง (ล้านคน)	9.600	9.650	9.680	8.740	8.994	9.271
- ลูกจ้างที่ขึ้นทะเบียน (ล้านคน)	9.060	9.290	9.500	8.324	8.717	9.133
- ลูกจ้างที่จ่ายเงินสมทบ (ล้านคน)	7.548	7.734	7.903	6.957	7.285	7.632
อัตราส่วนจำนวนลูกจ้างที่ขึ้นทะเบียนต่อจำนวนลูกจ้าง (%) *						
- สปก. ที่มีลูกจ้าง 10 คนขึ้นไป	100%	100%	100%	100%	100%	100%
- สปก. ที่มีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คน	85%	90%	95%	85%	90%	95%
อัตราส่วนจำนวนลูกจ้างที่จ่ายเงินสมทบต่อจำนวนลูกจ้างที่ขึ้นทะเบียน (%) *						
- สปก. ที่มีลูกจ้าง 10 คนขึ้นไป	85%	85%	85%	85%	85%	85%
- สปก. ที่มีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คน	80%	80%	80%	80%	80%	80%

ที่มา : - ประมาณการจำนวนลูกจ้างของ TDRI มาจากรายงานการศึกษาชั้นกลาง การประเมินผลแผนประกัน

สังคม ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2540-2544) ของ TDRI (มิถุนายน 2544)

- ประมาณการจำนวนลูกจ้าง สปส. มาจากกองวิชาการและแผนงาน สำนักงานประกันสังคม

หมายเหตุ : * อาศัยการประมาณของกองวิชาการและแผนงาน สำนักงานประกันสังคม

ตารางที่ 4.2 ประมาณการเงินเดือนเฉลี่ยของผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคมช่วงปี 2545 - 2547

ประมาณการเงินเดือนเฉลี่ย (บาท/คน/เดือน)	2543	2544	2545	2546	2547
ประมาณโดยสำนักงานประกันสังคม	6,300 ^{1/}	6,460	6,650	6,980	7,330
(ปรับเพิ่ม)		2%	3%	5%	5%
ประมาณโดยผู้วิจัย					
- ลูกจ้างใน สปก. 10 คนขึ้นไป ^{2/}		6,002	6,062	6,183	6,369
- ลูกจ้างใน สปก. 1-9 คน ^{3/}			5,454	5,569	5,740
- ลูกจ้างใน สปก. 1 คนขึ้นไป ^{4/}			5,897	6,015	6,159
อัตราเงินเฟ้อ ^{5/}	1.6%	1.6%	1.0%	2.0%	3.0%

หมายเหตุ : 1/ สปส. อ้างอิงจากรายงานการสำรวจค่าจ้างของกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน

2/ เงินเดือนเฉลี่ยปี 2544 คำนวณกลับจากรายรับจากเงินสมทบของฝ่ายรัฐบาล [รายรับเงินสมทบของปี / (อัตราเงินสมทบ x 12 x จำนวนผู้ประกันตนเฉลี่ยต่อเดือน)] สำหรับปี 2545-2546 ปรับเพิ่มขึ้นตามอัตราเงินเฟ้อ

3/ ประมาณโดยคิดย้อนกลับจากเงินเดือนเฉลี่ยของลูกจ้างในสถานประกอบการขนาด 10 คนขึ้นไป และ 1 คนขึ้นไป [{ เงินเดือนเฉลี่ยของลูกจ้างใน สปก. 1 คนขึ้นไป - (เงินเดือนเฉลี่ยของลูกจ้างใน สปก. 10 คนขึ้นไป x อัตราส่วนจำนวนลูกจ้างใน สปก. 10 คนขึ้นไป ที่จ่ายเงินสมทบต่อลูกจ้างที่จ่ายเงินสมทบรวม) } / อัตราส่วนจำนวนลูกจ้างใน สปก. 1-9 คนที่จ่ายเงินสมทบต่อลูกจ้างที่จ่ายเงินสมทบรวม]

4/ ตัวเลขปี 2545 ใช้ค่าพยากรณ์จากสมการถดถอยโดยกำหนดจากแนวโน้มและลักษณะของลูกจ้าง ได้แก่ เพศ อายุ และการศึกษา [TDRI (มกราคม 2545)] และปรับด้วยเงินเฟ้อสำหรับปี 2546-2547

5/ อัตราเงินเฟ้อปี 2543-44 ใช้ข้อมูลที่ประกาศโดยธนาคารแห่งประเทศไทย และปี 2545-2547 ใช้ข้อมูลประมาณการช่วงต้นปี 2545 ของ TDRI

ตารางที่ 4.3 ประมาณการเงินสมทบสำหรับประโยชน์ทดแทน 6 กรณี ปี 2545-2547 กรณีขยายความความคุ้มครอง

เงินสมทบทั้ง 6 กรณี (ล้านบาท)	ประมาณการของ สปส.									ประมาณโดยใช้ข้อมูลลูกจ้างจาก TDR								
	2545			2546			2547			2545			2546			2547		
	4 กรณี	2 กรณี	รวม 6 กรณี	4 กรณี	2 กรณี	รวม 6 กรณี	4 กรณี	2 กรณี	รวม 6 กรณี	4 กรณี	2 กรณี	รวม 6 กรณี	4 กรณี	2 กรณี	รวม 6 กรณี	4 กรณี	2 กรณี	รวม 6 กรณี
(1) สปก. ที่มีลูกจ้าง 10 คนขึ้นไป																		
เงินเดือนเฉลี่ย (บาท/คน/เดือน)	6,650			6,980			7,330			6,062			6,183			6,369		
จำนวนลูกจ้างที่จ่ายเงินสมทบ (ล้านคน)			5.100			5.126			5.143			5.069			5.289			5.528
- ลูกจ้างและนายจ้าง	8,120	16,240	24,360	12,820	25,637	38,457	13,507	27,017		7,375	14,750	22,125	11,773	23,547	35,320	12,675	25,349	38,024
- รัฐบาล	4,060	4,060	8,120	6,410	4,273	10,680	6,753	4,503		3,687	3,687	7,375	5,887	3,924	9,811	6,337	4,225	10,562
รวม	12,180	20,300	32,480	19,230	29,910	49,140	20,260	31,520	7,375	11,062	18,437	29,500	17,660	27,471	45,131	19,012	29,574	48,586
(2) สปก. ที่มีลูกจ้าง 1 คนขึ้นไป																		
เงินเดือนเฉลี่ย (บาท/คน/เดือน)	6,650			6,980			7,330			5,897			6,015			6,195		
จำนวนลูกจ้างที่จ่ายเงินสมทบ (ล้านคน)			7.548			7.734			7.903			6.957			7.285			7.631
- ลูกจ้างและนายจ้าง	12,027	24,056	36,083	19,347	38,691	58,038	20,760	41,520	62,280	9,846	19,692	29,538	15,775	31,550	47,324	17,020	34,039	51,059
- รัฐบาล	6,013	6,014	12,030	9,673	6,449	16,120	10,380	6,920	17,300	4,923	4,923	9,846	7,887	5,258	13,146	8,510	5,673	14,183
รวม	18,040	30,070	48,110	29,020	45,140	74,160	31,140	48,440	79,580	14,769	24,615	39,384	23,662	36,808	60,470	25,530	39,713	65,242
รัฐบาลต้องจ่ายเพิ่มจาก (1)	1,953	1,954	3,910	3,263	2,176	5,440	3,627	2,417	6,040	1,236	1,236	2,471	2,001	1,334	3,334	2,173	1,448	3,621

หมายเหตุ : - ประมาณการเงินสมทบของ สปส. มาจากกองวิชาการและแผนงาน สำนักงานประกันสังคม ประมวลผล ณ วันที่ 2 ก.ค. 2544

- เงินสมทบ 4 กรณี ปี 2545 ฝ่ายละ 1% ปี 2546 เป็นต้นไป ฝ่ายละ 1.5% - เงินสมทบ 2 กรณี ปี 2545 ลูกจ้างและนายจ้างฝ่ายละ 2% ปี 2546 เป็นต้นไปฝ่ายละ 3%
ปี 2544 เป็นต้นไป ฝ่ายรัฐบาลจ่ายสมทบ 1%
- จำนวนลูกจ้างที่จ่ายเงินสมทบ มาจากตารางที่ 4.1 และประมาณเงินเดือนเฉลี่ยมาจากตารางที่ 4.2
- การประมาณไม่ได้นำกรณีการเพิ่มความคุ้มครองกรณีว่างงานมาร่วมพิจารณา

ในตารางที่ 4.3 ได้นำฐานจำนวนลูกจ้างที่จ่ายเงินสมทบที่ประมาณได้ในตารางที่ 4.1 และเงินเดือนถ้วนเฉลี่ยจากตารางที่ 4.2 มาคำนวณจำนวนเงินสมทบเพื่อเปรียบเทียบเงินงบประมาณที่คาดว่าจะรัฐบาลจะต้องจ่ายอุดหนุนเป็นเงินสมทบ จากผลการคำนวณพบว่าในกรณีที่ขยายความครอบคลุมไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไปเมื่อใช้ข้อมูลประมาณการจำนวนลูกจ้างของ TDRI ในปี 2545 รัฐบาลจะมีภาระงบประมาณเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกรณีไม่ขยายขยายความครอบคลุม ประมาณ 2.5 พันล้านบาทและเพิ่มเป็น 3.3 และ 3.6 พันล้านบาทในปี 2546 และ 2547 ตามลำดับ ขณะที่สำนักงานประกันสังคมประมาณว่ารัฐจะต้องจ่ายเงินสมทบเพิ่มประมาณ 3.9, 5.4 และ 6.0 พันล้านบาทในช่วงปี 2545-2547³²

เนื่องจากการขยายความคุ้มครองไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คน จะเพิ่มภาระด้านงบประมาณแก่รัฐบาลในส่วนของเงินสมทบที่ต้องจ่ายให้กองทุนประกันสังคม แต่จะลดภาระเงินอุดหนุนจากโครงการ 30 บาทฯ อย่างไรก็ดีตาม ด้วยเหตุที่โครงการ 30 บาทฯ นี้ให้ความคุ้มครองเฉพาะด้านการรักษาพยาบาล ขณะที่โครงการประกันสังคมให้ความคุ้มครองทั้งด้านสุขภาพและการดำรงชีพ (เช่น เงินทดแทนการขาดรายได้ หรือเงินสงเคราะห์แก่ผู้ประกันตนหรือผู้พึ่งพา เป็นต้น) ดังนั้นเมื่อคำนึงถึงประเด็นนี้ เงินอุดหนุนที่รัฐบาลจ่ายสมทบกองทุนประกันสังคมควรพิจารณาเฉพาะความคุ้มครอง 4 กรณีแรกที่มีส่วนของการให้หลักประกันสุขภาพ (กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ และตาย) เมื่อต้องนำมาพิจารณาร่วมกับเงินที่รัฐบาลจ่ายอุดหนุนโครงการ 30 บาทฯ อย่างไรก็ดีตามจากความจริงที่ว่ารัฐบาลไม่สามารถเลือกจ่ายสมทบให้กองทุนประกันสังคมเฉพาะ 4 กรณีแรกได้ (กล่าวคือ เมื่อผู้ประกันตนและนายจ้างสถานประกอบการจ่ายเงินสมทบ 6 กรณี ฝ่ายรัฐบาลก็ต้องจ่ายทั้ง 6 กรณีเช่นกัน) ดังนั้นการคำนวณเงินสมทบกองทุนประกันสังคมส่วนของรัฐบาลจึงต้องเป็นจำนวนที่รัฐบาลจ่ายอุดหนุนทั้ง 6 กรณี เมื่อพิจารณาตามเหตุผลทั้งสองประการที่กล่าวมา ในตารางที่ 4.4 จึงได้แสดงจำนวนเงินอุดหนุนที่รัฐบาลจ่ายเพิ่มเพื่อสมทบกองทุนประกันสังคมโดยแบ่งเป็น 2 กรณี คือ เงินที่รัฐบาลจ่ายเพิ่มเพื่อสมทบกองทุนประกันสังคมเฉพาะ 4 กรณีแรก และเงินที่รัฐบาลจ่ายเพิ่มเพื่อสมทบกองทุนประกันสังคมทั้ง 6 กรณี และนำแต่ละกรณีมาพิจารณาร่วมกับเงินอุดหนุนที่รัฐบาลจ่ายให้โครงการ 30 บาทฯ จากนั้นจึงทำการเปรียบเทียบเงินอุดหนุนที่รัฐบาลต้องจ่ายเพิ่ม³³ ระหว่างกรณีที่รัฐบาลตัดสินใจไม่ขยายความคุ้มครองกับกรณีที่รัฐจะขยายความคุ้มครองไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 1 คนขึ้นไป

³² ไม่ได้พิจารณากรณีขยายความคุ้มครองเพื่อประกันการว่างงานซึ่งคาดว่าจะเริ่มปลายปี 2546

³³ จ่ายเพิ่มเมื่อเทียบกับกรณีที่รัฐบาลตัดสินใจไม่ดำเนินโครงการขยายความครอบคลุมสถานประกอบการที่มีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คน และโครงการประกันสุขภาพ 30 บาทฯ ทั่วทุกโรค

ทั้งนี้ ในการคำนวณเงินอุดหนุนที่รัฐบาลจ่ายให้โครงการ 30 บาทฯ ของปี 2545 คำนวณจากอัตราเหมาจ่ายรายหัว 1,202 บาท/คน สำหรับปีงบประมาณ 2546 มีแนวโน้มที่อัตราเหมาจ่ายรายหัวจะถูกปรับเพิ่ม โดยขณะนี้อยู่ในขั้นตอนพิจารณาการจัดสรรงบประมาณประจำปี ซึ่งคณะกรรมการพิจารณาต้นทุนอัตราเหมาจ่ายรายหัวประชากรในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เสนอตัวเลขงบประมาณจ่ายไว้ที่ 1,414 บาทต่อคนต่อปี อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีข้อสรุปที่แน่ชัดว่าจะเป็นอัตราใด แต่มีแนวโน้มว่าอัตราที่จ่ายอาจจะต่ำกว่าที่คณะกรรมการเสนอ โดยข้อมูลอัตราการใช้สิทธิของผู้ป่วยนอกที่นำมาใช้เป็นฐานคำนวณคาดว่าจะถูกปรับลดลง (อ้างอิงจากพฤติกรรมการใช้บริการของผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคม) มาอยู่ที่ร้อยละ 85 ซึ่งถ้านำวิธีคิดนี้มาปรับจากอัตราเหมาจ่ายที่ถูกเสนอโดยคณะกรรมการจะทำให้อัตราเหมาจ่ายรายหัวเหลือประมาณ 1,322 บาทต่อบัตร³⁴ ดังนั้นการประมาณเงินอุดหนุนที่รัฐบาลจ่ายให้โครงการ 30 บาทฯ ในปี 2546-47 จะแสดงเป็นค่าพิสัยจากอัตราเหมาจ่ายรายหัว 1,202 – 1,322 บาท/คน/ปี

³⁴ ดู วิโรจน์ ณ ระนอง และอัญชนา ณ ระนอง (มิถุนายน 2545) ในหัวข้อ “แนวโน้มการจัดสรรงบประมาณปีงบประมาณ 2546”

ตารางที่ 4.4 เงินสมทบที่รัฐบาลต้องจ่ายเพิ่มให้กับโครงการประกันสังคมถ้าขยายความคุ้มครองครอบคลุมสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 1 –9 คนด้วย เปรียบเทียบกับกรณีครอบคลุมโดยโครงการ 30 บาท

เงินอุดหนุนที่รัฐบาลจ่ายเพิ่ม (ล้านบาท)	ประมาณการโดยใช้ฐานข้อมูลของ สปส.			ประมาณการโดยใช้ฐานข้อมูลของ TDIR		
	2545	2546	2547	2545	2546	2547
(1) กรณีไม่ขยายความคุ้มครอง						
+ โครงการ 30 บาท	4,327	4,351-4,786	4,363-4,799	3,337	3,332-3,665	3,327-3,659
(2) กรณีขยายความคุ้มครอง สปก.ที่มีลูกจ้าง 1-9 คน						
+ กองทุนประกันสังคม						
- เฉพาะ 4 กรณี	1,953	3,263	3,627	1,236	2,001	2,173
- รวมทั้ง 6 กรณี	3,910	5,440	6,040	2,471	3,334	3,621
จำนวนลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 1-9 คน (ล้านคน)	3.600	3.620	3.630	2.776	2.772	2.768

หมายเหตุ : - กำหนดให้ลูกจ้างในสถานประกอบการที่ไม่ได้รับความคุ้มครองจากกองทุนประกันสังคมจะได้รับ
ความคุ้มครองจากโครงการประกันสุขภาพ 30 บาทรักษาทุกโรคแทน

- เงินอุดหนุนที่รัฐต้องจ่ายในโครงการ 30 บาท เท่ากับเงินเหมาจ่ายรายหัวที่ให้โครงการฯ คูณ
จำนวนลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 1-9 คน โดยปีงบประมาณ 2545 งบประมาณ 2546-47 ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน จึงใช้อัตราเหมาจ่ายรายหัวในปี 1,202-1,322 บาท/คน/ปี เป็น
ตัวคำนวณ

- เงินอุดหนุนที่รัฐจ่ายเพิ่มเพื่อสมทบกองทุนประกันสังคม นำมาจากการคำนวณในตารางที่ 4.3
โดยแบ่งเป็น

+ เงินที่รัฐจ่ายเพิ่มเพื่อสมทบกองทุนเฉพาะ 4 กรณีแรก (ประกอบด้วย กรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยที่ไม่เกิดจากการทำงาน คลอดบุตร ทูพพลภาพ และตาย) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการ
ประกันสุขภาพ

+ เงินที่รัฐจ่ายเพิ่มเพื่อสมทบกองทุนรวมทั้ง 6 กรณี (ประกอบด้วย 4 กรณีแรก บวกรณี
สงเคราะห์บุตร และชราภาพ)

จากตารางที่ 4.4 จะเห็นได้ว่า หากรัฐไม่ขยายความคุ้มครองแก่ลูกจ้างในสถาน
ประกอบการที่มีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คน โดยให้ลูกจ้างเหล่านี้เข้าสู่โครงการ 30 บาทนั้น ถ้าใช้ฐานข้อมูล
จำนวนลูกจ้างของ TDIR (2544) ในการคำนวณจะพบว่ารัฐจะต้องจ่ายเงินอุดหนุนโครงการ 30
บาท ประมาณ 3.3-3.7 พันล้านบาทตลอดช่วงปี 2545-2547 และหากใช้ฐานข้อมูลของสำนักงาน
ประกันสังคม รัฐจะมีภาระทางงบประมาณทั้งสิ้น 4.3 พันล้านบาทตลอดช่วงปี 2545-2547 แต่
เมื่อรัฐตัดสินใจขยายความคุ้มครองไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไปนั้น เมื่อ

พิจารณาจากการจ่ายเงินอุดหนุนกองทุนประกันสังคมเฉพาะ 4 กรณีโดยประมาณจากข้อมูลจำนวนลูกจ้างของ TDRI รัฐบาลจะมีภาระทางงบประมาณเพิ่มขึ้นประมาณ 1.2, 2.0 และ 2.2 พันล้านบาทตลอดช่วงปี 2545-2547 ตามลำดับซึ่งน้อยกว่ากรณีที่รัฐบาลตัดสินใจไม่ขยายความครอบคลุม แต่หากพิจารณาจากเงินอุดหนุนโครงการกองทุนประกันสังคมที่รัฐบาลต้องจ่ายเพิ่มทั้ง 6 กรณี ในปี 2545 รัฐบาลจะมีภาระ 2.5 พันล้านบาทและเพิ่มขึ้นในปี 2546 และ 2547 เป็น 3.3 และ 3.6 พันล้านบาทตามลำดับ จะเห็นว่าในปี 2545 รัฐบาลจะมีภาระทางงบประมาณน้อยกว่ากรณีที่ไม่นำขยายความคุ้มครอง แต่ในปี 2546-2547 ภาระทางงบประมาณของรัฐบาลจะเพิ่มขึ้นมาอยู่ในอัตราที่ใกล้เคียงกับภาระการจ่ายขั้นสูงในกรณีที่ไม่นำขยายความคุ้มครอง เนื่องจากจะการปรับอัตราเงินสมทบกองทุนประกันสังคมเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2546 (รัฐบาลเพิ่มอีกร้อยละ 0.5 เป็นร้อยละ 2.5 ของค่าจ้าง ไม่ได้นำกรณีการขยายความคุ้มครองเพื่อประกันการว่างงานมาร่วมพิจารณา) โดยมีอัตราการปรับเพิ่มที่สูงกว่าการเพิ่มของอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่ให้แก่โครงการ 30 บาทฯ (เพิ่มจาก 1,202 เป็น 1,322 บาท/คน/ปี ในปี 2546-47)

สำหรับประมาณการโดยใช้ข้อมูลของสำนักงานประกันสังคมพบว่า กรณีที่รัฐบาลต้องจ่ายเงินสมทบกองทุนประกันสังคมเฉพาะ 4 กรณี เมื่อรัฐบาลตัดสินใจขยายความครอบคลุมไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป รัฐบาลต้องจ่ายเงินอุดหนุนเพิ่มขึ้นประมาณ 2.0, 3.3 และ 3.6 พันล้านบาทในปี 2545-2547 แต่หากพิจารณาจากเงินที่รัฐบาลจ่ายอุดหนุนกองทุนประกันสังคม 6 กรณี จะเห็นว่าปี 2545 รัฐบาลจะมีภาระ 3.9 พันล้านบาทน้อยกว่ากรณีที่ไม่นำขยายความครอบคลุม แต่จะเพิ่มสูงกว่าในปี 2546 และ 2547 ซึ่งรัฐบาลต้องจ่าย 5.4 และ 6.0 พันล้านบาทตามลำดับ³⁵

โดยเฉลี่ยแล้ว ภาระที่รัฐบาลต้องจ่ายเพิ่มขึ้นในการขยายความครอบคลุมของโครงการประกันสังคมให้ครอบคลุมลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คน (สำหรับความคุ้มครองใน 4 กรณีแรก) จะตกประมาณ 445, 722, และ 785 บาท/คน/ปีในปี พ.ศ. 2545-47 ตามลำดับ แต่เมื่อคิดรวมทั้ง 6 กรณี (ตามรัฐบาลต้องจ่ายจริงเมื่อมีการขยายความครอบคลุมของโครงการ) ภาระที่รัฐบาลต้องจ่ายเพิ่มขึ้นจะเพิ่มเป็น 890, 1,203 บาท และ 1,308 บาทต่อคนต่อปี

³⁵ ข้อมูลที่สำนักงานประกันสังคมใช้นำเสนอต่อคณะรัฐมนตรีประกอบการพิจารณาขยายความคุ้มครองไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คน (กรุงเทพมหานคร, 3 ก.ค. 2544) โดยประมาณว่าหากขยายไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 1-9 คน จะทำให้รัฐต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน 3.9 พันล้านบาท/ปี (น่าจะหมายถึงปี 2545 ตามตารางที่ 3.3) ขณะที่ถ้าให้ลูกจ้างในสถานประกอบการเหล่านี้ไปรับบริการรักษาพยาบาลผ่านโครงการประกันสุขภาพ 30 บาทฯรัฐจะต้องจ่ายเงินทั้งสิ้น 4.3 พันล้านบาท/ปี นั่นคือเพิ่มขึ้นประมาณ 400 ล้านบาท

ตามลำดับ (คำนวณจากข้อมูลตารางที่ 4.3 และ 4.4 โดยใช้ข้อมูลประมาณการจำนวนลูกจ้างของ TDRI ในการคำนวณ) ซึ่งจะเห็นได้ว่างบที่รัฐบาลจะต้องจ่ายสมทบสำหรับลูกจ้างกลุ่มนี้ในช่วงปี 2546-47 จะต่ำกว่างบที่รัฐบาลอุดหนุนโครงการ 30 บาท (1,202 บาท/คน/ปี ในปี 2545 และเพิ่มเป็น 1,322 บาท/คน/ปี ในปี 2546-47)

4.2.2 แผนการเพิ่มสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์แก่ครอบครัวผู้ประกันตน เพื่อให้เป็นไปตามอนุสัญญาหมายเลข 102 เรื่องมาตรฐานการประกันสังคมขององค์การแรงงานระหว่างประเทศที่กำหนดให้การประกันสังคมสมควรมีการให้ประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วยในการรักษาพยาบาลแก่ครอบครัวผู้ประกันตน (คู่สมรส บุตร และบิดามารดาของผู้ประกันตน) ดังนั้นสำนักงานประกันสังคมจึงมีแผนจะเพิ่มสิทธิประโยชน์ดังกล่าวแก่คู่สมรสและบุตร โดยช่วงเริ่มต้นจะเพิ่มสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์แก่คู่สมรสที่อยู่นอกระบบประกันสังคมของผู้ประกันตนก่อน ส่วนบุตรอาจจะมีการเพิ่มสิทธิในกรณีสงเคราะห์บุตร (ยังไม่มีควมคืบหน้าชัดเจน) สำหรับบิดามารดาของผู้ประกันตนนั้นจะคาดว่าจะให้โครงการ 30 บาทฯ เป็นผู้รับผิดชอบดูแลแทน จนถึงขณะนี้แผนขยายสิทธิไปยังคู่สมรสผู้ประกันตนยังอยู่ในขั้นตอนการพิจารณาของคณะทำงานเพื่อทบทวนและกลั่นกรองแก้ไขกฎหมาย เพื่อนำเสนอขอแก้ไขพระราชบัญญัติประกันสังคม (มาตรา 62 และ 75) สำหรับแนวทางการคุ้มครองคาดว่าจะเป็นการให้หลักประกันเฉพาะด้านการรักษาพยาบาลในกรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในจนหายป่วยโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแต่ไม่มีสิทธิประโยชน์ในรูปเงินทดแทนใดๆ

ในการประมาณจำนวนคู่สมรสที่อยู่นอกระบบ TDRI³⁶ ประมาณว่าคู่สมรสที่อยู่นอกระบบคิดเป็นร้อยละ 30 ของผู้ประกันตนโดยประมาณ (ในที่นี้ผู้ประกันตน จะใช้จำนวนลูกจ้างที่จ่ายเงินสมทบเป็นฐานในการคำนวณ) ขณะที่สำนักประกันสังคมใช้อัตราส่วนร้อยละ 35 ของผู้ประกันตน (ประมาณโดยผู้เชี่ยวชาญจากองค์กรแรงงานระหว่างประเทศ (ILO)) จากการคำนวณด้วยเกณฑ์ดังกล่าวซึ่งแสดงในตารางที่ 4.5 พบว่า เมื่ออาศัยฐานข้อมูลของ TDRI (2544) จำนวนผู้ประกันตนที่ทำงานในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป ในปี 2545 จะเท่ากับ 5.07 ล้านคน ดังนั้นคู่สมรสที่อยู่นอกระบบประกันสังคมจะเท่ากับ 1.52 ล้านคน โดยประมาณ ในกรณีที่ขยายความครอบคลุมไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป จะมีจำนวนคู่สมรสที่อยู่นอกระบบประกันสังคมจะเท่ากับ 2.09 ล้านคน ในปี 2545 และเพิ่มเป็น 2.29 ล้านคนในปี 2547 สำหรับคู่สมรสที่อยู่นอกระบบเมื่อใช้ฐานข้อมูลของสำนักประกันสังคม คาดว่าจะเท่ากับ 1.79 ล้านคน ในปี 2545 และ กรณีที่ขยายความครอบคลุมไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 1

³⁶ รายงานการศึกษาชั้นกลาง TDRI (มิถุนายน 2544)

คนขึ้นไป ในปี 2545 จะมีคู่สมรสที่อยู่นอกระบบประมาณ 2.64 ล้านคน และเพิ่มเป็น 2.77 ล้านคนในปี 2547

4.2.3 แผนการเข้าไปดูแลสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ แผนการนี้อยู่ภายใต้นโยบายการสร้างหลักประกันถ้วนหน้า ตามที่คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กระทรวงสาธารณสุขเสนอไว้ เมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2544 ตามแผนงานสำนักงานประกันสังคมจำเป็นต้องใช้เวลาเตรียมการอย่างน้อย 12 เดือน ในส่วนที่เกี่ยวกับ การกำหนดมาตรฐานและคุณภาพการรักษาพยาบาล การเตรียมความพร้อมด้านบุคลากร และระบบสารสนเทศในส่วนที่เกี่ยวกับฐานทะเบียนข้าราชการและผู้มีสิทธิ และในแผนงานจะให้มีการปรับเปลี่ยนระบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาล จากระบบจ่ายตามใบเสร็จ (Fee for Service) มาเป็นระบบเหมาจ่าย (Fee for Capitation) สำหรับผู้ป่วยนอกให้ใช้บริการสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ส่วนการรักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยในจะใช้ระบบ DRG โดยประมาณว่ารัฐบาลจะต้องจัดสรรค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของข้าราชการและครอบครัวข้าราชการ คนละ 1,500 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งสำนักประกันสังคมประมาณว่าจำนวนข้าราชการและครอบครัวมีอยู่ 7 ล้านคน นั่นคือรัฐบาลจะต้องให้เงินอุดหนุน 10,500 ล้านบาท ซึ่งที่ผ่านมาสำนักประกันสังคมได้แต่งตั้งคณะทำงานเตรียมการเพื่อรองรับระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการแล้ว อย่างไรก็ตาม จากการสอบถามเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง พบว่าที่ผ่านมาแผนงานส่วนนี้ยังขาดการประสานงานกับ กรมบัญชีกลาง ซึ่งเป็นผู้ดูแลระบบสวัสดิการข้าราชการ และมีแนวโน้มที่แผนงานนี้จะชะลอออกไปอีกอย่างน้อย 2 ปี ซึ่งเป็นไปตามความเห็นของกรมบัญชีกลาง

ตารางที่ 4.5 ประมาณจำนวนผู้ที่จะได้รับความคุ้มครองจากกองทุนประกันสังคมในกรณีที่มีการดำเนินการตามแผนงานที่กล่าวมาข้างต้น เมื่อใช้ฐานข้อมูลจำนวนลูกจ้างที่ประมาณโดย TDRI จะพบว่าในกรณีที่รัฐไม่ขยายความคุ้มครองนั้น จะมีผู้ได้รับความคุ้มครองจากกองทุนฯ 5.1-5.5 ล้านคนในช่วงปี 2545-2547 แต่เมื่อขยายความคุ้มครองไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 1 คนขึ้นไป จะมีผู้ได้รับความคุ้มครองทั้งสิ้น 7-7.6 ล้านคน และจะเพิ่มเป็น 9-10 ล้านคนในกรณีที่ขยายความคุ้มครองไปถึงคู่สมรสและลูกด้วย และถ้ารวมข้าราชการและครอบครัวเข้ามาด้วยแล้ว คาดว่าจำนวนผู้ที่อยู่ในความดูแลของกองทุนประกันสังคมจะเพิ่มขึ้นเป็น 17 ล้านคนในปี 2547 (หรือ 18 ล้านคนในกรณีที่ใช้ฐานข้อมูลจำนวนลูกจ้างที่ประมาณโดยสำนักงานประกันสังคม)

ตารางที่ 4.5 จำนวนผู้ที่ได้รับความคุ้มครองจากกองทุนประกันสังคม ตามแผนงานของ
สำนักงานประกันสังคม

(หน่วย : ล้านคน)	ประมาณโดยใช้ฐานข้อมูลจาก สปส.			ประมาณโดยใช้ฐานข้อมูลจาก TDRI		
	2545	2546	2547	2545	2546	2547
สปก. ที่มีลูกจ้าง 10 คนขึ้นไป	6.89	6.92	6.94	6.59	6.88	7.19
- ผู้ประกันตน	<u>5.10</u>	<u>5.13</u>	<u>5.14</u>	<u>5.07</u>	<u>5.29</u>	<u>5.53</u>
- คู่สมรสที่อยู่นอกระบบ	1.79	1.79	1.80	1.52	1.59	1.66
ข้าราชการและครอบครัว	7.00	7.00	7.00	7.00	7.00	7.00
รวม	13.89	13.92	13.94	13.59	13.88	14.19
สปก. ที่มีลูกจ้าง 1 คนขึ้นไป	10.19	10.44	10.67	9.04	9.47	9.92
- ผู้ประกันตน	7.55	7.73	7.90	6.96	7.29	7.63
- คู่สมรสที่อยู่นอกระบบ	2.64	2.71	2.77	2.09	2.19	2.29
ข้าราชการและครอบครัว	7.00	7.00	7.00	7.00	7.00	7.00
รวม	17.19	17.44	17.67	16.04	16.47	16.92

หมายเหตุ : - จำนวนลูกจ้างที่จ่ายเงินสมทบ นำมาจากตารางที่ 4.1

- จำนวนคู่สมรสที่อยู่นอกระบบของ สำนักงานประกันสังคม คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 35 ของจำนวน
จำนวนลูกจ้างที่ขึ้นทะเบียน
- จำนวนคู่สมรสที่อยู่นอกระบบของ ที่ประมาณโดยใช้ข้อมูลลูกจ้างจาก TDRI คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ
30 ของจำนวนจำนวนลูกจ้างที่ขึ้นทะเบียน
- จำนวนข้าราชการและครอบครัวกำหนดให้คงที่ ตามนโยบายควบคุมค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรของรัฐ

บทที่ 5

ข้อพิจารณาและบทเรียนจากกองทุนประกันสังคม

บทที่ 5 นี้เป็นการวิเคราะห์การดำเนินงานของกองทุนประกันสังคม โดยพิจารณาด้านการจัดสรรงบประมาณและการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ สิทธิประโยชน์และอัตราเงินสมทบที่เรียกเก็บโดยสำนักงานประกันสังคม การพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ การตรวจสอบคุณภาพสถานพยาบาล ภาระค่าใช้จ่ายของกองทุนประกันสังคม ระบบการบริการสุขภาพขั้นต้น สถานพยาบาลเอกชนและการแข่งขัน โครงสร้างองค์กรและการบริหารโครงการ แผนงานของสำนักงานประกันสังคมในอนาคต และปัญหาการขยายความคุ้มครองของโครงการประกันสังคม การวิเคราะห์เน้นสรุปบทเรียนที่เกิดขึ้นโดยพิจารณาข้อดีและข้อเสียของการดำเนินการของกองทุนประกันสังคม เพื่อนำไปประยุกต์ใช้กับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากนี้ยังพิจารณาการปรับตัวของกองทุนประกันสังคมในการแก้ไขปัญหาการดำเนินการต่างๆ ที่เกิดขึ้น

5.1 การจัดสรรงบประมาณและการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์

ก. วิธีการจัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัวของโครงการประกันสังคม

กองทุนประกันสังคมใช้ระบบการเหมาจ่ายเป็นรายหัว (capitation) ในการจัดสรรค่าบริการทางการแพทย์ไปสู่สถานพยาบาลหลัก การจ่ายในลักษณะนี้ได้มีการนำไปใช้ในการจัดสรรงบสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ในบางจังหวัดในอดีตที่ผ่านมา รวมทั้งมีการนำไปใช้ในโครงการ 30 บาทในปัจจุบัน การจัดสรรแบบ capitation ของสำนักงานประกันสังคมแตกต่างจากโครงการ สปร. และ 30 บาท คือสถานพยาบาลหลักที่สำนักงานประกันสังคมจัดสรรเม็ดเงินไปให้โดยตรงในระยะแรกเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ คือ รพ. ทบวง รพศ. รพท. ต่อมาได้ขยายไปยัง รพ. เอกชน และโรงพยาบาลชุมชนที่สมัครเข้าร่วมและผ่านการตรวจ 11 มาตรฐานแล้ว แต่ในปัจจุบันมีโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ในฐานะสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักเพียงสองแห่ง แต่ในกรณีโครงการ 30 บาทนั้น แม้ว่าจะมีการจัดสรรแบบเหมาจ่ายเป็นรายหัวไปที่จังหวัด แต่หน่วยที่ถือว่าเป็นสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักคือ รพช. การจัดสรรเงินแบบ capitation ของสำนักงานประกันสังคมและกระทรวงสาธารณสุขมีประโยชน์ตรงกันคือระบบนี้เป็นระบบที่ง่ายต่อการบริหารจัดการ และเป็นวิธีที่ประหยัดค่าใช้จ่ายในการบริหารและไม่ต้องใช้เจ้าหน้าที่จำนวนมากในการตรวจสอบการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ นอกจากนี้ผู้ให้งบประมาณสามารถทราบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายให้สถานพยาบาลล่วงหน้า

สำนักงานประกันสังคมได้พัฒนาวิธีการและปรับอัตราการเหมาจ่ายของกองทุนประกันสังคมที่ให้แก่สถานพยาบาลตามลำดับ โดยในระยะแรกของการดำเนินงาน สำนักงานประกัน

สังคมได้เพิ่มอัตราการเหมาจ่ายขึ้นจาก 700 บาท/คน/ปี ในปี พ.ศ. 2534 เป็น 800 บาท/คน/ปี ในปี พ.ศ. 2538 ต่อมาในปี พ.ศ. 2541 อัตราการเหมาจ่ายถูกปรับให้แปรผกผันกับจำนวนผู้ประกันตนของสถานพยาบาลนั้น กล่าวคือสำนักงานประกันสังคมปรับอัตราการเหมาจ่ายเพิ่มเป็น 1,000 บาทต่อคนต่อปีสำหรับสถานพยาบาลที่มีผู้ประกันตนขอขึ้นทะเบียนไม่เกิน 50,000 คน และอัตราการเหมาจ่ายจะลดเหลือ 900 บาทต่อคนต่อปีในกรณีที่มีผู้ประกันตนขอขึ้นทะเบียนเกิน 50,000 คน ซึ่งอาจเป็นเพราะสำนักงานประกันสังคมคิดว่าสถานพยาบาลเหล่านี้มีการประหยัดขนาด (economies of scale) หรือสามารถกระจายความเสี่ยงได้ดีขึ้น สำนักงานประกันสังคมจึงให้ค่าใช้จ่ายต่อหัวลดลงไปด้วย ซึ่งการจ่ายลักษณะนี้อาจก่อให้เกิดแรงจูงใจที่ไม่พึงประสงค์กับสถานพยาบาลในการให้การรักษายาบาลโดยเฉพาะกับสถานพยาบาลที่มีผู้ขึ้นทะเบียนมากกว่า 50,000 คน อย่างไรก็ตาม สำนักงานประกันสังคมได้ใช้หันกลับมาใช้อัตราเดียวกันทุกโรงพยาบาลในปลายปี 2543 จนถึงปัจจุบัน

ข้อสังเกตอีกประการหนึ่งคือการที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดอัตราการเหมาจ่ายให้สถานพยาบาลเป็นจำนวน 1,100 บาทต่อคนต่อปีในอัตราเดียวกันทั้งในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน ซึ่งในอดีตนั้น การเหมาจ่ายโดยวิธีนี้ สถานพยาบาลรัฐได้เปรียบกว่าสถานพยาบาลเอกชน เพราะสถานพยาบาลรัฐไม่มีภาระเงินเดือน ในขณะที่ทางสถานพยาบาลเอกชนต้องรับภาระเงินเดือนของผู้ให้บริการด้วย จะเห็นได้ว่าสถานพยาบาลรัฐได้ให้ความสนใจผู้ป่วยประกันสังคมเป็นพิเศษ โดยมีช่องทางการตรวจหรือห้องตรวจ แยกออกจากผู้ป่วยที่ถือสิทธิอื่นๆ อย่างไรก็ตาม หลังจากที่ใช้ระบบ 30 บาทแล้วนั้น สถานพยาบาลของรัฐก็ไม่ได้อยู่ในฐานะที่ได้เปรียบอีกต่อไป

ข. การแก้ไขจุดอ่อนของวิธีการจ่ายเงิน

การจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) เป็นค่าตอบแทนตามจำนวนผู้ประกันตนที่สถานพยาบาลนั้นๆ ต้องดูแล การจ่ายเงินในลักษณะนี้ไม่ได้คำนึงว่าผู้ประกันตนผู้นั้นจะเจ็บป่วยหรือไม่หรือจะเจ็บป่วยมากน้อยเพียงใด แม้ว่าการจ่ายเงินลักษณะนี้ ทำให้ควบคุมต้นทุนได้ดี แต่ประสบการณ์จากหลายประเทศที่ใช้พบว่า การให้การบริการทางการแพทย์อาจจะต่ำและคุณภาพการบริการอาจจะต่ำด้วย ที่ผ่านมากองทุนประกันสังคมได้ปรับปรุงระบบการจ่ายเงินให้มีระบบแรงจูงใจอื่นๆ เพื่อแก้ไขข้อเสียของระบบการเหมาจ่ายเป็นรายหัว คือให้มีการจ่ายตามปริมาณการให้บริการเพื่อส่งเสริมการให้บริการและเป็นการจ่ายค่าบริหารจัดการข้อมูล³⁷ ด้วย นอกจากนี้มี

³⁷ การคำนวณผลตอบแทนในด้านปริมาณการให้บริการจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนในการคำนวณ ดังนั้นสถานพยาบาลจำเป็นต้องส่งข้อมูลดังกล่าวให้สำนักงานประกัน

การจ่ายนอกเหนือการเหมาจ่ายเป็นรายหัวอื่นๆ อีกได้แก่ค่าบริการทางการแพทย์ในกรณีอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน ซึ่งจ่ายเมื่อผู้ประกันตนไม่สามารถไปรับบริการในสถานพยาบาลที่เลือกขึ้นทะเบียนไว้ ค่าแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ ค่ารักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูงในสองกรณีคือ การเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและการปลูกถ่ายไขกระดูก ค่าบริการตามภาระเสี่ยงรวมทั้งผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคเรื้อรัง (รวม 8 กลุ่มโรค³⁸) และผู้ป่วยใน ในอัตรา 150 บาทต่อบัตรต่อปี โดยนำเงินมากองรวมกันและเบิกตามภาระส่วนเกินโดยใช้ข้อมูล DRG^{39,40} นอกจากการแก้จุดอ่อนของการเหมาจ่ายรายหัวโดยกลไกการจ่ายเงินดังกล่าวแล้ว ทางสำนักงานประกันสังคมได้กำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลและมีการตรวจสอบสถานพยาบาลด้วย อย่างไรก็ตาม จากการศึกษางานวิจัยหลายชิ้นก็พบว่าผู้ประกันตนมีความเห็นว่าได้รับการปฏิบัติไม่ทัดเทียมกับผู้ป่วยประเภทอื่นและมีปัญหาคุณภาพยา เป็นต้น ซึ่งในส่วนนี้คงเป็นหน้าที่ของสำนักงานประกันสังคมที่จะต้องติดตามศึกษาดูว่าขนาดของปัญหาที่แท้จริงในเรื่องนี้มีมากน้อยเพียงใด

ค. การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ภายในเครือข่าย

จุดอ่อนประการหนึ่งที่น่าจะมีผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการในโครงการประกันสังคมก็คือ สำนักงานประกันสังคมไม่ได้ตรวจสอบและไม่ได้รับรู้การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ที่สถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาระดับรองหรือสถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาระดับสูงกว่าได้รับจากสถานพยาบาลหลัก โดยถือว่าเป็นข้อตกลงกันเองของสถานพยาบาลหลักและสถานพยาบาลเครือข่ายหรือสถานพยาบาลระดับสูงกว่า ในทางบริหารนั้น การเหมาจ่ายเป็นรายหัวให้สถานพยาบาลหลักไปรับผิดชอบจ่ายแก่สถานพยาบาลระดับอื่นสามารถลดต้นทุนทางการบริหารและต้นทุนในการเจรจาต่อรอง (transaction costs) ไปได้มาก แต่ก็อาจเกิดปัญหาตามมาได้หลายประการ ประการแรกสำนักงานประกันสังคมไม่สามารถตรวจตราและควบคุมสถานพยาบาลเครือข่ายที่เป็นคู่สัญญาระดับรองซึ่งมีอยู่ทั้งสิ้น 4,832 แห่ง ได้อย่างทั่วถึง สำนักงานประกันสังคมทำการตรวจสอบโดยสุ่มตรวจได้เพียงบางแห่งเท่านั้น ดังนั้นในกรณีที่สถานพยาบาลหลักต้องการลด

สังคม โดยสำนักงานประกันสังคมจะจ่าย “ค่าบริการจัดการข้อมูล” ให้ตามจำนวนผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลนั้นอย่างต่ำ 30 บาทต่อคนต่อปี

³⁸ กลุ่มโรค 8 กลุ่มได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคตับอักเสบเรื้อรังและโรคตับแข็ง โรคหัวใจ โรคเส้นเลือดสมองผิดปกติ โรคมะเร็ง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง และโรคถุงลมโป่งพอง

³⁹ การเพิ่มบส่วนนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะชดเชยให้สถานพยาบาลที่ต้องรับคนไข้เรื้อรังหรือป่วยหนักในอัตราที่สูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลทองซึ่งระบุว่าเริ่มประสบภาวะขาดทุนจากโครงการประกันสังคมในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา

⁴⁰ ในโครงการ 30 บาทเองก็มีการหักเงินไว้จ่ายในกรณีค่าใช้จ่ายสูงแต่ไม่รวมการฟอกไตในกรณีไตวายเรื้อรัง และใช้วิธีจ่ายตามการขอเบิกเป็นรายๆ ไป

ค่าใช้จ่ายในการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลเครือข่ายโดยจ่ายให้สถานพยาบาลเครือข่ายในต้นทุนที่ต่ำ สถานพยาบาลที่ถูกดึงดูดให้เข้ามาเป็นเครือข่ายจึงมีโอกาสสูงที่จะเป็นสถานพยาบาลที่ไม่ได้มาตรฐาน⁴¹ เนื่องจากสถานพยาบาลที่ได้มาตรฐานอาจมีต้นทุนหรือต้องการค่าตอบแทนที่สูงกว่าค่าบริการทางการแพทย์ที่สถานพยาบาลหลักจ่าย ประการที่สอง สถานพยาบาลที่สมัครเข้ามาเป็นสถานพยาบาลเครือข่ายอาจยอมรับค่าตอบแทนต่ำโดยลดคุณภาพการให้บริการเพื่อให้คุ้มทุน ประการที่สาม สถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาในระดับสูงกว่าบางแห่งอาจปฏิเสธไม่ยอมรับผู้ป่วยจากสถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาหลักกับกองทุนประกันสังคม⁴²

ในทางกลับกัน สถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาในระดับตติยภูมิบางแห่งโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลทบวงมีการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์สูง จนกระทั่งสถานพยาบาลหลักบางแห่งจ่ายเงินให้แก่ผู้ประกันตนให้เข้ารับการรักษาสถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาในระดับตติยภูมิโดยไม่ใช้สิทธิประกันสังคม เพื่อหลีกเลี่ยงภาระการตามจ่าย สถานการณ์ที่เกิดขึ้นแสดงให้เห็นถึงปัญหาของระบบส่งต่อผู้ป่วยในบางเครือข่ายและทำให้การเข้าไปควบคุมระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ระหว่างสถานพยาบาลหลักและสถานพยาบาลเครือข่าย/สถานพยาบาลระดับสูงของสำนักงานประกันสังคมในอนาคตมีความจำเป็นมากขึ้น

5.2 สิทธิประโยชน์และอัตราเงินสมทบที่เรียกเก็บโดยสำนักงานประกันสังคม

การให้ความคุ้มครองแก่ผู้ประกันตนรวมถึงสิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตนของกองทุนประกันสังคมมีการปรับเปลี่ยนตามสถานะเศรษฐกิจและฐานะของกองทุน เช่นในปี พ.ศ. 2533 ให้ความคุ้มครองแก่ผู้ประกันตน 4 กรณีคือกรณีประสบอันตรายและเจ็บป่วยที่ไม่ได้เกิดจากการทำงาน กรณีคลอดบุตร กรณีทุพพลภาพ และกรณีตาย ในปี พ.ศ. 2541 สำนักงานประกันสังคมให้ความคุ้มครองแก่ผู้ประกันตนเพิ่มขึ้นอีก 2 กรณีคือ กรณีสงเคราะห์บุตร และกรณีชราภาพ นอกจากนี้แล้วค่าตอบแทนของสิทธิประโยชน์แต่ละกรณีก็มีการเปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกัน ในการพิจารณาการเพิ่มหรือลดสิทธิประโยชน์และความคุ้มครอง ทางสำนักงานประกันสังคมอาศัยหลักการที่ว่าเมื่อมีการเพิ่มสิทธิประโยชน์และความคุ้มครองแล้ว โอกาสที่จะลดสิทธิประโยชน์หรือ

⁴¹ จากรายการ ITV ซึ่งออกอากาศในเดือนพฤศจิกายนได้รายงานข่าวถึงคลินิกเถื่อนย่านบางพลีที่เป็นสถานพยาบาลในเครือข่ายของกองทุนประกันสังคมด้วย จากการตรวจจับพบว่าคลินิกนี้ผู้ให้การรักษาพยาบาลไม่ใช่แพทย์ ในกรณีเช่นนี้ สำนักงานประกันสังคมจะปลดคลินิกเถื่อนดังกล่าวออกจากเครือข่าย แต่ไม่มีการลงโทษสถานพยาบาลหลัก

⁴² จากการสัมภาษณ์สถานพยาบาลที่ทำหน้าที่เป็น supra-contractor แห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่พบว่าสถานพยาบาลแห่งนั้นที่ยอมรับเป็นคู่สัญญาให้แก่โรงพยาบาลเอกชนที่เป็นสถานพยาบาลหลักเพียงสองแห่งเท่านั้น เนื่องจากเคยมีปัญหาระงับเงินจากโรงพยาบาลเอกชนอื่นๆ

ความคุ้มครองนั้นทำได้ยาก ดังนั้นถึงแม้ว่าเงินสุทธิของกองทุนประกันสังคมมีเพิ่มขึ้นทุกปี ส่งผลให้สำนักงานประกันสังคมตัดสินใจเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้มากขึ้น แต่ก็ต้องคำนึงด้วยว่าในอนาคตจะแบกรับภาระได้หรือไม่ นักการเมืองที่เข้ามาเกี่ยวข้องทุกยุคทุกสมัยมีความพยายามที่จะเพิ่มสิทธิประโยชน์เพื่อเป็นผลงานของตนเอง ลักษณะเช่นนี้เกิดขึ้นทำนองเดียวกันกับโครงการสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลที่มีแรงกดดันทางการเมืองให้ขยายกลุ่มประชากรที่มีสิทธิให้ครอบคลุมกลุ่มต่างๆ มากขึ้น เช่น กลุ่มเด็กและคนชรา เป็นต้น ดังนั้น ถ้าความครอบคลุมของสิทธิประโยชน์ในโครงการ 30 บาทจะอิงสิทธิประโยชน์ของกองทุนประกันสังคมก็จำเป็นที่ต้องมีความระมัดระวังในเรื่องของภาระทางการเงินที่เกิดขึ้น เนื่องจากผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคมอยู่ในวัยทำงาน ดังนั้นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจึงมีอัตราที่ต่ำกว่า

อัตราเงินสมทบที่ผู้จ่ายเงินสมทบทั้งรัฐบาล นายจ้าง และผู้ประกันตนต้องจ่ายมีอัตราคงที่ตั้งแต่เริ่มมีโครงการประกันสังคมในระดับอัตราร้อยละ 1.5 ของค่าจ้างผู้ประกันตน⁴³ จนถึงปี พ.ศ.2540 ในปี พ.ศ.2541 ซึ่งอยู่ในช่วงวิกฤติเศรษฐกิจ สำนักงานประกันสังคมลดอัตราเงินสมทบลงเหลืออัตราร้อยละ 1 ในปี พ.ศ.2542 มีการเปลี่ยนแปลงโดยเพิ่มความครอบคลุมจาก 4 กรณีเป็น 6 กรณี โดยเพิ่มกรณีชราภาพและกรณีสงเคราะห์บุตรด้วย (ทั้งสองกรณีเป็นกรณีบังคับที่ผู้ประกันตนทุกคนต้องจ่าย) ในสองกรณีหลังนี้ต้องจ่ายเงินสมทบร้อยละ 1 รวมเป็นเงินสมทบที่ต้องจ่ายสำหรับ 6 กรณีคือร้อยละ 2 ในปี พ.ศ.2543-2545 สำนักงานประกันสังคมเพิ่มอัตราเงินสมทบของนายจ้างและผู้ประกันตนสำหรับสองกรณีหลังเป็นร้อยละ 2 และเสนอขอเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3 ในปี พ.ศ.2546 เป็นต้นไป⁴⁴ ทำให้เงินสมทบที่นายจ้างและผู้ประกันตนต้องจ่ายสำหรับ 6 กรณีคือร้อยละ 3 ผู้บริหารของสำนักงานประกันสังคมระบุว่าจากการวิเคราะห์ความคุ้มทุนที่สำนักงานประกันสังคมได้จัดทำขึ้นพบว่าอัตราเงินสมทบที่ผู้จ่ายเงินสมทบทั้งสามฝ่ายต้องจ่ายสำหรับ 4 กรณีแรกจำเป็นต้องเพิ่มจากอัตราร้อยละ 1 เป็นร้อยละ 1.5 ในขณะที่ทางรัฐบาลและสหภาพแรงงานเสนอว่าถ้าสำนักงานประกันสังคมต้องการเพิ่มอัตราเงินสมทบก็ควรเพิ่มสิทธิประโยชน์ด้วย โดยทางรัฐบาลต้องการให้ขยายความครอบคลุมออกไปสู่คู่สมรสหรือครอบครัวของผู้ประกันตนด้วย ซึ่งที่ผ่านมายังอยู่ในขั้นตอนการเจรจาต่อรอง โดยผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานประกันสังคมบางท่านระบุว่าถ้าต้องขยายความครอบคลุมออกไปสู่คู่สมรสหรือครอบครัวของผู้ประกันตน สำนักงานประกันสังคมอาจจะเสนอแนวทางที่ให้สิทธิประโยชน์แก่คู่สมรสหรือครอบครัวของผู้ประกันตนในระดับที่ต่ำกว่าสิทธิประโยชน์ที่ผู้ประกันตนได้รับในปัจจุบัน

⁴³ ผู้ประกันตนโดยสมัครใจตามมาตรา 39 จ่ายที่ระดับอัตราร้อยละ 3 อย่างไรก็ตาม ในช่วงวิกฤติเศรษฐกิจ สำนักงานประกันสังคมลดอัตราที่ผู้ประกันตนจ่ายลงเป็นร้อยละ 2

⁴⁴ ผู้ประกันตนโดยสมัครใจตามมาตรา 39 จ่ายสองกรณีหลังที่อัตราร้อยละ 4 และเพิ่มเป็นอัตราร้อยละ 6 ในปี พ.ศ.2546 เป็นต้นไป (ดูรายละเอียดอื่นๆ ในตารางที่ 2.1)

5.3 การพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์

ก. การกำหนดหลักเกณฑ์การให้บริการ

การกำหนดค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการทางการแพทย์ หลักเกณฑ์สถานพยาบาล เงื่อนไขการจ่ายเงินให้สถานพยาบาล และหลักเกณฑ์อื่นๆ ของสำนักงานประกันสังคมในอดีตรับผิดชอบโดยคณะทำงานฝ่ายการแพทย์ซึ่งตั้งขึ้นมาในปี พ.ศ.2532 คณะทำงานชุดนี้เป็นคณะกรรมการชุดแรกที่ตั้งขึ้นมาก่อนที่พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 จะประกาศใช้ ต่อมาเมื่อพระราชบัญญัตินี้ประกาศใช้แล้ว ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการ 3 คณะคือคณะกรรมการประกันสังคม คณะกรรมการอุทธรณ์ และคณะกรรมการการแพทย์ ขอบเขตอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการการแพทย์คือการเสนอความคิดเห็นการให้บริการทางการแพทย์ กำหนดหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในการรับบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน เป็นต้น ตั้งแต่ปี 2533 ถึงปัจจุบัน มีคณะกรรมการทางการแพทย์รวม 6 ชุด

ข. การปรับปรุงหลักเกณฑ์ของคณะกรรมการการแพทย์

ผลงานของคณะกรรมการการแพทย์ทั้ง 6 ชุดที่ผ่านมาครอบคลุมในเรื่องอัตราค่ารักษาพยาบาลเป็นรายหัวแก่สถานพยาบาล การจ่ายเงินนอกเหนือค่ารักษา อัตราค่าบริการทางการแพทย์ หลักเกณฑ์และอัตราประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ มาตรฐานสถานพยาบาล มาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์ หลักเกณฑ์กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุ กำหนดสิทธิของผู้ประกันตนในการรับบริการทางการแพทย์ พิจารณาจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพและโรคเรื้อรัง หลักเกณฑ์เงินทดแทนการขาดรายได้ เกณฑ์การพิจารณาศักยภาพการรับผู้ประกันตนของสถานพยาบาล ดำเนินการโครงการส่งเสริมสุขภาพ พิจารณาเรื่องร้องเรียนการให้บริการทางการแพทย์ เป็นต้น ตัวอย่างการกำหนดและพัฒนาหลักเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นเช่น การรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางได้มีการกำหนดอัตราค่ารักษาตั้งแต่คณะกรรมการการแพทย์ ชุดที่ 1 (ต.ค.33-ต.ค.35) โดยครอบคลุมการทำไตเทียมแบบล้างโลหิตสำหรับกรณีไตวายเฉียบพลันที่มีระยะการรักษาไม่เกิน 60 วัน การฉีดยาเคมีเพื่อทำลายเนื้อเยื่อในร่างกาย การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด การผ่าตัดใส่อวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคภายใน คณะกรรมการการแพทย์ ชุดที่ 2 (ต.ค.35-ต.ค.37) ได้เพิ่มเติมการผ่าตัดหัวใจในโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและการรักษาพยาบาลโรคหัวใจโดยวิธีบอลลูน

ทางด้านการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์มีการพัฒนามาโดยลำดับคือ คณะกรรมการการแพทย์ ชุดที่ 1 ได้กำหนดขอบเขตการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในกรณีที่ผู้ประกันตนไปรับบริการจากสถานพยาบาลอื่นทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในในกรณีฉุกเฉิน ต่อมา คณะกรรมการการแพทย์ ชุดที่ 2 ได้ให้คำจำกัดความกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินคือกรณีเจ็บป่วยซึ่งเกิดขึ้นโดยฉับพลัน

หรือไม่คาดคิด มีอาการค่อนข้างรุนแรงและต้องการการรักษาที่เร่งด่วน โดยยึดถือความหมายที่ประชาชนทั่วไปเข้าใจเป็นหลัก คณะกรรมการการแพทย์ ชุดที่ 3 (ต.ค.37-มี.ค.38) ปรับปรุงหลักเกณฑ์และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์ เช่นให้สำนักงานประกันสังคมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้เฉพาะค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงตามความจำเป็นภายในระยะเวลาไม่เกินเจ็ดสิบสองชั่วโมง นับแต่เวลาที่ผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์ครั้งแรก และให้สำนักงานประกันสังคมจ่ายค่าพาหนะแก่ผู้ประกันตนในการส่งต่อในอัตราที่กำหนด

การพัฒนากฎเกณฑ์คุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ โดยกำหนด 11 มาตรฐานของสถานพยาบาล⁴⁵ และกำหนดให้สถานพยาบาลต้องมีบริการทางการแพทย์ตั้งแต่ 12 สาขาหลักขึ้นไปกำหนดโดยคณะกรรมการการแพทย์ ชุดที่ 4 (เม.ย.38-มิ.ย.40) ในปี พ.ศ. 2539 สำนักงานประกันสังคมได้เริ่มโครงการตรวจสอบสถานพยาบาล โดยจัดทีมที่ปรึกษาทางการแพทย์และการพยาบาลออกตรวจประเมินคุณภาพพร้อมทั้งให้การแนะนำแก่สถานพยาบาล นอกจากนี้ได้มีการขยายสิทธิประโยชน์ทดแทนในกรณีคลอดบุตร กรณีทุพพลภาพ กรณีปลูกถ่ายไขกระดูก ส่วนกรณีทันตกรรมนั้น ได้เริ่มมีการครอบคลุมโดยผู้ประกันตนเบิกเงินค่าบริการในการถอนฟัน อุดฟัน และขูดหินปูน ได้ตามอัตราที่กำหนด และมีการเพิ่มอัตราค่าบริการทางการแพทย์ตามอัตราการใช้บริการ

คณะกรรมการการแพทย์ ชุดที่ 6 (ก.ค.42-ก.ค.44) จัดตั้งคณะอนุกรรมการชุดหลัก 9 คณะ⁴⁶ และคณะอนุกรรมการพิจารณาหลักเกณฑ์และอัตราในการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ซึ่งเป็นคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจจำนวน 1 คณะ การพัฒนาที่สำคัญสำหรับคณะกรรมการชุดนี้คือการกำหนดมาตรฐานการรักษาสำหรับโรคที่พบบ่อย 4 โรคโดยคณะอนุกรรมการกำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลและมาตรฐานการรักษาพยาบาลคือแนวทางการรักษาผู้ป่วย Orthopedic surgery (จัดทำโดยสมาคมออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย) Head injury (จัดทำโดยสมาคม

⁴⁵ 11 มาตรฐานได้แก่มาตรฐานทั่วไป มาตรฐานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มาตรฐานบริการผู้ป่วยนอก มาตรฐานเวชระเบียน มาตรฐานบริการผู้ป่วยใน มาตรฐานบริการผู้ป่วยหนัก มาตรฐานบริการศัลยกรรมทั่วไป มาตรฐานบริการวิสัญญีวิทยา มาตรฐานบริการรังสีวิทยา มาตรฐานบริการพยาธิวิทยาและชันสูตร และมาตรฐานบริการเภสัชกรรม

⁴⁶ คณะอนุกรรมการชุดหลัก 9 คณะได้แก่ คณะอนุกรรมการพิจารณาประโยชน์ทดแทน คณะอนุกรรมการพิจารณากรณีปลูกถ่ายไขกระดูก คณะอนุกรรมการกำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลและมาตรฐานการรักษาพยาบาล คณะอนุกรรมการพิจารณาอัตราเหมาจ่าย คณะอนุกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการประชาสัมพันธ์ทางการแพทย์ คณะอนุกรรมการพิจารณาเรื่องร้องเรียนการให้บริการทางการแพทย์ คณะอนุกรรมการพิจารณาค่าบริการทางการแพทย์ คณะอนุกรรมการพิจารณากรณีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และคณะอนุกรรมการพิจารณากรณีโรคที่ใช้การรักษาด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง

ประสาทศัลยศาสตร์แห่งประเทศไทย) Hematology (จัดทำโดยสมาคมโลหิตวิทยา) AIDS (จัดทำโดยกรมควบคุมโรคติดต่อ) เพื่อให้เป็นบรรทัดฐานในการรักษาให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

ค. ช่องว่างระหว่างหลักเกณฑ์และการปฏิบัติ

ถ้าดูจากการพัฒนาหลักเกณฑ์ของคณะกรรมการการแพทย์ที่ผ่านมา นับได้ว่าการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องให้หลักเกณฑ์มีความชัดเจนขึ้น โดยให้หลักเกณฑ์เหล่านั้นสอดคล้องกับภาวะของกองทุนประกันสังคมในขณะนั้น อย่างไรก็ตามในการปฏิบัติก็มีเงื่อนไขบางประการที่ทำให้ไม่สามารถดำเนินการตามหลักเกณฑ์ที่ตั้งไว้ได้ ยกตัวอย่างเช่นในเรื่องมาตรฐานของโรงพยาบาล รวมทั้งการควบคุมคุณภาพการให้บริการจะถูกใช้กับ รพ. เอกชนมากกว่า รพ. รัฐ ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลรัฐนั้นเข้าสู่โครงการประกันสังคมโดยมติคณะรัฐมนตรีและถือเป็นสถานพยาบาลในกำกับของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานอยู่แล้ว (ยกเว้นโรงพยาบาลชุมชนที่สมัครเข้ามาเป็นสถานพยาบาลหลักในภายหลัง) ที่ผ่านมา การให้บริการทางการแพทย์ของ รพ. รัฐภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุขจะถูกตรวจสอบโดยแพทยสภาเฉพาะในกรณีที่มีการร้องเรียนเท่านั้น และเจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคมเองก็มีปัญหาในการเข้าไปตรวจสอบโรงพยาบาลของรัฐที่เป็นโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก เนื่องจากไม่ได้รับความสนใจหรือความร่วมมือในการแก้ปัญหาจากผู้บริหาร รพ. มากเท่ากับกรณีของ รพ. เอกชน⁴⁷

สำหรับเกณฑ์การพิจารณาศักยภาพการรับผู้ประกันตนของสถานพยาบาล ในทางปฏิบัติ สำนักงานประกันสังคมคำนวณจำนวนผู้ประกันตนที่สถานพยาบาลแต่ละแห่งจะได้รับตามจำนวนเตียงของสถานพยาบาลนั้นตามหลักเกณฑ์ที่ตั้งไว้ หลังจากนั้นเพิ่มให้สถานพยาบาลแต่ละแห่งโดยอัตโนมัติอีกร้อยละ 15 ไม่ว่าสถานพยาบาลนั้นมีโควต้าเท่าใดก็ตาม ซึ่งเจ้าหน้าที่รับผิดชอบให้เหตุผลว่า เพื่อเป็นส่วนที่เผื่อเหลือเผื่อขาดให้กับสถานพยาบาล เช่นในกรณีที่ผู้ประกันตนทั้งบริษัทสมัครเข้ามาสถานพยาบาลที่โควต้าใกล้จะเต็มพร้อมๆ กัน ก็จะทำให้สามารถเปิดรับลูกค้าทั้งบริษัทโดยไม่ต้องแยกไปอยู่ในหลายสถานพยาบาลสถานพยาบาล อย่างไรก็ตาม การเพิ่มโควต้าแบบอัตโนมัติให้สถานพยาบาลทุกแห่งนั้น เป็นวิธีปฏิบัติที่ไม่ได้มีเหตุผลทางวิชาการมาสนับสนุน ถ้ามาตรฐานที่สำนักงานประกันสังคมตั้งไว้ถูกต้องจริง การเพิ่มโควต้าในลักษณะนี้ย่อมถือได้ว่าเป็นการลดมาตรฐานของสำนักงานประกันสังคมเอง

⁴⁷ อย่างไรก็ตาม โครงการ 30 บาทในปัจจุบันบังคับให้มีระบบการร้องเรียนในสถานพยาบาลทุกแห่งและในส่วนกลางด้วย ทำให้ประชาชนมีโอกาสที่จะสะท้อนปัญหาคุณภาพของการให้บริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลรัฐมากขึ้น

5.4 การตรวจสอบคุณภาพสถานพยาบาล

ก. การพิจารณาศักยภาพการรับผู้ป่วยประกันตนของสถานพยาบาล

การตรวจสถานพยาบาลและคุณภาพการให้การรักษายาบาลดำเนินการโดยทีมที่ปรึกษาทางการแพทย์และการพยาบาลประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ของกองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ ทีมที่ปรึกษาที่เป็นแพทย์และพยาบาลจะเป็นผู้เกษียณอายุแล้วและมักจะเคยเป็นอาจารย์สอนแพทย์หรือพยาบาลมาก่อน รวมทั้งมีประสบการณ์ทางด้านการบริหาร การตรวจสถานพยาบาลจึงมีลักษณะของการให้คำแนะนำ และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขการรักษายาบาลให้ดีขึ้นพร้อมกับการให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดเอาไว้ การตรวจสอบจะกำหนดในแบบตรวจสอบว่าจะต้องให้คะแนนในหัวข้ออะไรบ้าง โดยให้เป็นไปตามเกณฑ์การตรวจสอบ การหักคะแนน และการลงโทษ เครื่องมือในการกำหนดบทลงโทษกับสถานพยาบาลที่ไม่ทำตามข้อตกลงของสำนักงานประกันสังคมคือการลดโควตาผู้ประกันตนที่สถานพยาบาลจะมีสิทธิได้โดยอาศัยการกำหนดศักยภาพการรับผู้ป่วยประกันตนของสถานพยาบาลเอกชนเป็นเครื่องมือ⁴⁸ การพัฒนาเกณฑ์การกำหนดศักยภาพการรับผู้ป่วยประกันตนได้มีการพัฒนาตลอดตั้งแต่ปี พ.ศ.2535 (ดูภาคผนวก ค) แต่เป็นการกำหนดอย่างกว้างๆ การพิจารณาในรายละเอียดขึ้นกับดุลยพินิจของคณะกรรมการการแพทย์ ในอดีต สถานพยาบาลบางแห่งได้ร้องเรียนและขอให้ทบทุนมติของคณะกรรมการการแพทย์ คณะอนุกรรมการกำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลและมาตรฐานการรักษายาบาลภายใต้คณะกรรมการการแพทย์ชุดที่ 6 จึงได้พิจารณาการกำหนดศักยภาพการรับผู้ป่วยประกันตนของสถานพยาบาลเอกชนให้ชัดเจนขึ้น (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ง และหัวข้อ 5.2 ประกอบ) เช่นถ้าคะแนนประเมินมาตรฐานทั่วไปมากกว่า 80% ก็จะต้องอยู่ในระดับ A ไม่มีการลดศักยภาพ คะแนนมาตรฐานทั่วไป 70-80% จะถูกจัดอยู่ในระดับ B สถานพยาบาลจะถูกลดศักยภาพ 3,000 คนเป็นต้น นอกจากนี้ยังมีกฎเกณฑ์การพิจารณาลดศักยภาพจากคะแนนประเมินมาตรฐานบุคลากรทางการแพทย์ จากคะแนนประเมินมาตรฐานเวชระเบียน และจากข้อร้องเรียน ในบรรดามาตรฐานต่างๆที่กำหนด มาตรฐานเวชระเบียนจะมีความสำคัญมากที่สุด โดยสถานพยาบาลที่ได้คะแนนประเมินมาตรฐานเวชระเบียนไม่ถึงเกณฑ์ที่กำหนดจะถูกหักโควตาผู้ประกันตนมากที่สุด (ดูตารางที่ 5.1) เนื่องจากสำนักงานประกันสังคมให้ความสำคัญกับการจัดระบบข้อมูลและการบันทึกเวชระเบียนซึ่งเป็นปัญหาที่เรื้อรังของสำนักงานประกันสังคม การตรวจมาตรฐานเวชระเบียนส่วนหนึ่งจะใช้การจับเวลาว่าใช้เวลาเกินเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่เช่นการจับเวลาที่ใช้ในการค้นเวชระเบียนคนไข้ เป็นต้น การลงโทษสถานพยาบาล

⁴⁸ สถานพยาบาลรัฐมีโควตาผู้ประกันตนได้ถึง 5 แสนคนซึ่งยังไม่มีโรงพยาบาลใดมีผู้ประกันตนได้ถึงระดับดังกล่าว

ที่มีคะแนนศักยภาพไม่ถึงเกณฑ์โดยการลดโควตาผู้ประกันตนได้ผลค่อนข้างสูง สถานพยาบาลโดยทั่วไปมีความพยายามที่จะปรับปรุงเพื่อให้ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด⁴⁹

ตารางที่ 5.1 เกณฑ์การให้คะแนนศักยภาพสถานพยาบาลเอกชน

ระดับ	ศักยภาพตามจำนวนเตียงที่เปิดจริง (คน)	มาตรฐานเวชระเบียน	มาตรฐานบุคลากรทางการแพทย์	มาตรฐานทั่วไป	ข้อร้องเรียน
A	100,000	-	-	-	-
B	75,000	-5,000	-4,000	-3,000	-10%
C	50,000	-10,000	-8,000	-6,000	-20%
D	25,000	-15,000	-12,000	-9,000	-30%

ที่มา: กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ สำนักงานประกันสังคม

ตารางที่ 5.2 สถิติข้อร้องเรียนตั้งแต่ปี 2541-2544
(จากการรวบรวมสถิติตั้งแต่เดือนมกราคม-ธันวาคม)*

ประเภทข้อร้องเรียน	จำนวนข้อร้องเรียน				โรงพยาบาลผิด				ผู้ประกันตนเข้าใจผิด			
	ปี 41	ปี 42	ปี 43	ปี 44	ปี 41	ปี 42	ปี 43	ปี 44	ปี 41	ปี 42	ปี 43	ปี 44
1. โรงพยาบาลเรียกเก็บเงิน	240	142	135	118	201	84	84	72	39	58	51	46
2. ด้านบริการทางการแพทย์	370	350	437	378	178	125	116	100	192	225	321	278
รวม	610	492	572	496	379	209	200	172	231	283	372	324
% ของจำนวนข้อร้องเรียน					(62%)	(42%)	(35%)	(35%)	(38%)	(58%)	(65%)	(65%)

หมายเหตุ : ในปี 2541 จากสถิติพบว่าอัตราเฉลี่ยของผู้ประกันตนที่ใช้บริการทางการแพทย์ 100,000 ครั้ง มีผู้ร้องเรียน 7 ครั้ง

ในปี 2542 จากสถิติพบว่าอัตราเฉลี่ยของผู้ประกันตนที่ใช้บริการทางการแพทย์ 100,000 ครั้ง มีผู้ร้องเรียน 4 ครั้ง

ในปี 2543 จากสถิติพบว่าอัตราเฉลี่ยของผู้ประกันตนที่ใช้บริการทางการแพทย์ 100,000 ครั้ง มีผู้ร้องเรียน 5 ครั้ง

ในปี 2544 จากสถิติพบว่าอัตราเฉลี่ยของผู้ประกันตนที่ใช้บริการทางการแพทย์ 100,000 ครั้ง มีผู้ร้องเรียน 4 ครั้ง

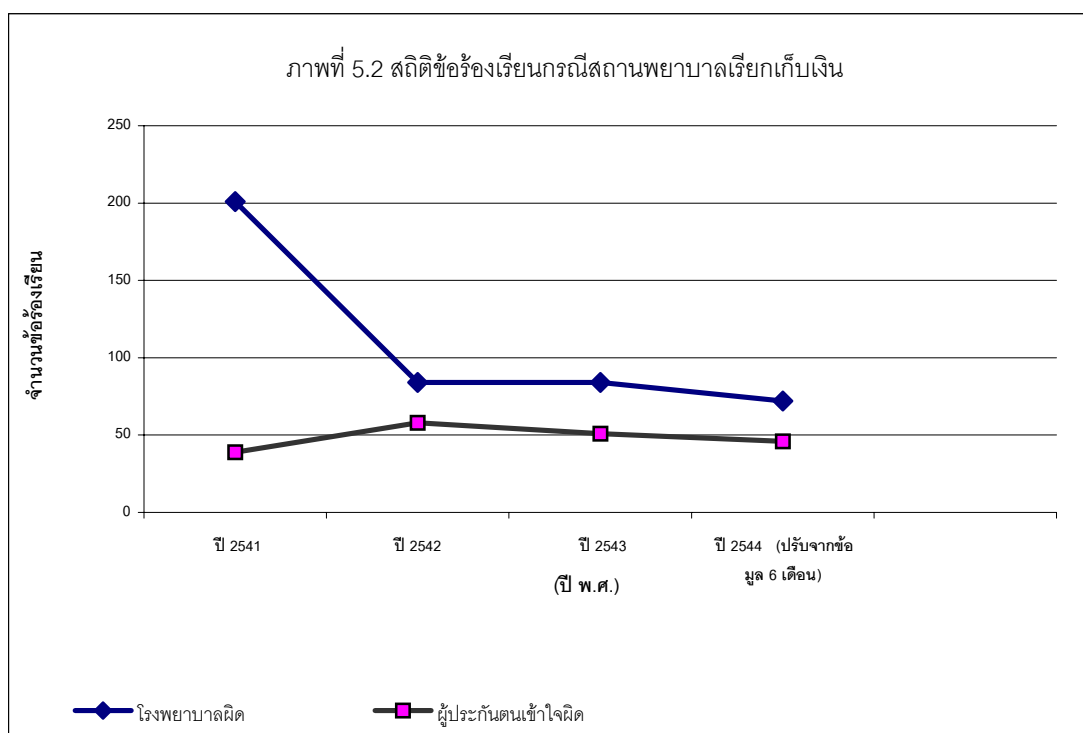
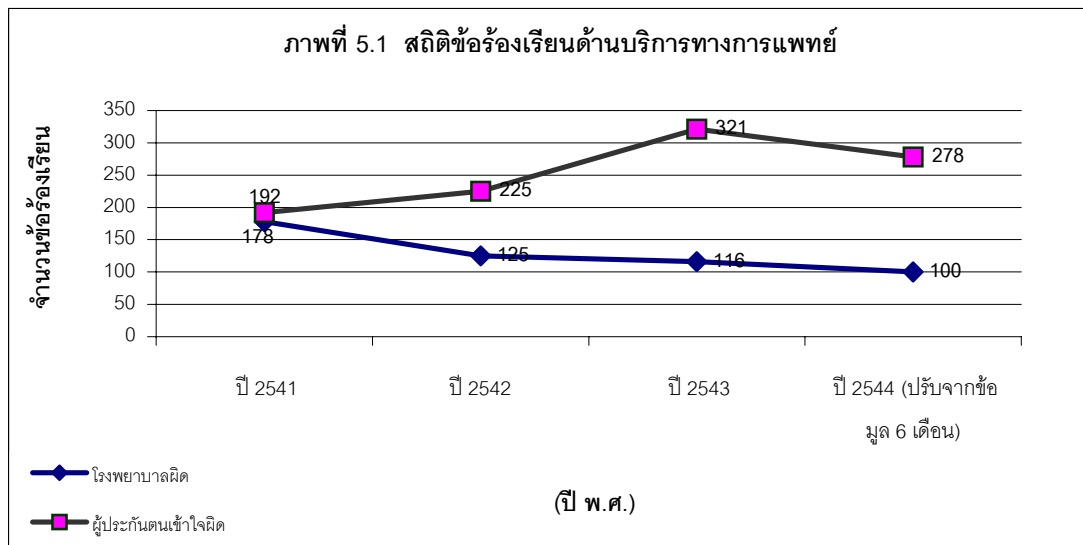
* ข้อมูลปี 2544 คัดจากข้อมูล 6 เดือนแรกของปีคู่สอง

ข. แนวโน้มข้อร้องเรียนและการควบคุมคุณภาพของเครือข่าย

จากข้อมูลสถิติข้อร้องเรียนของสำนักงานประกันสังคมตั้งแต่ปี พ.ศ.2541-2544 (ตารางที่ 5.2) พบว่าจำนวนข้อร้องเรียนในแต่ละปีไม่แตกต่างกันมากนัก ซึ่งจากการวินิจฉัยของสำนักงานประกันสังคมเองนั้น ทั้งข้อร้องเรียนด้านบริการทางการแพทย์และกรณีสถานพยาบาล

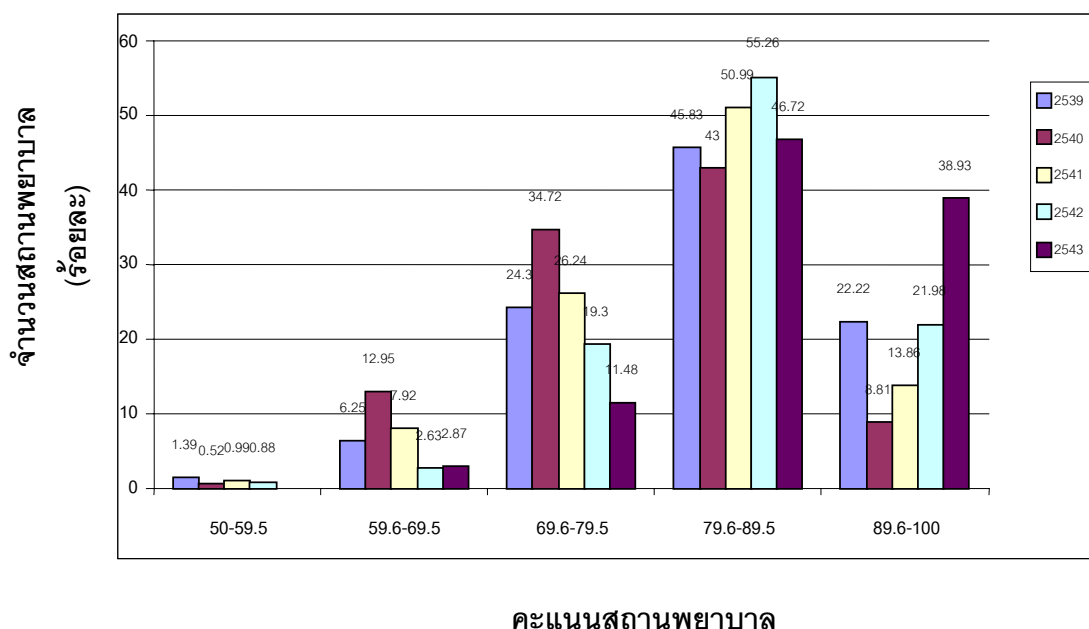
⁴⁹ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ

เรียกเก็บเงินที่เกิดจากความผิดของโรงพยาบาลเองมีแนวโน้มลดลง (ดูภาพที่ 5.1-5.2) เมื่อเปรียบเทียบข้อร้องเรียนทั้งสองประเภท สำนักงานประกันสังคมสรุปว่าข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นในแต่ละปีเป็นเรื่องของผู้ประกันตนเข้าใจผิดมากกว่าโรงพยาบาลผิด ซึ่ง ส่วนข้อร้องเรียนกรณีสถานพยาบาลเรียกเก็บเงินนั้น สำนักงานประกันสังคมสรุปว่ามีกรณีที่โรงพยาบาลผิดจริงสูงกว่ากรณีที่ผู้ประกันตนเข้าใจผิด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการวัดว่าโรงพยาบาลเรียกเก็บเงินหรือไม่ง่ายกว่าการวัดปัญหาการให้บริการทางการแพทย์มาก



สำนักงานประกันสังคมเริ่มโครงการตรวจสอบสถานพยาบาลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 ผลการประเมินคุณภาพสถานพยาบาลพบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของสถานพยาบาลได้คะแนนประเมินระหว่างร้อยละ 79.6-89.5 จำนวนสถานพยาบาลที่ได้คะแนนในช่วง 89.6-100 สูงขึ้นจากร้อยละ 22 ในปี พ.ศ. 2542 เป็นร้อยละ 39 ในปี พ.ศ. 2543 สำหรับสัดส่วนของสถานพยาบาลที่ได้คะแนนไปทางต่ำคือ ร้อยละ 50-59.5 มีน้อยลงในปีหลังๆ และสถานพยาบาลที่ได้คะแนนอยู่ในช่วง 59.6-69.5 มีสัดส่วนสูงขึ้นเล็กน้อยในปี พ.ศ. 2543 (ดูภาพที่ 5.3) แนวโน้มของคุณภาพสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคมจากการประเมินถือได้ว่ามีคุณภาพดีขึ้น

ภาพที่ 5.3 ผลการประเมินคุณภาพสถานพยาบาลโครงการประกันสังคม ตั้งแต่ปี 2539-2543



เมื่อพิจารณาจากสถิติการลงโทษสถานพยาบาลพบว่า มีสถานพยาบาลที่ไม่ได้รับการต่อสัญญาทุกปี และมีสถานพยาบาลที่ถูกลดศักยภาพมากขึ้นในสองปีหลัง ในขณะที่โรงพยาบาลที่ไม่ได้รับการต่อสัญญามีปีละหนึ่งแห่ง (ดูตารางที่ 5.3)

ตารางที่ 5.3 สถิติการลงโทษสถานพยาบาลโครงการประกันสังคม ตั้งแต่ปี 2541-2544

ปี	ลดศักยภาพ	ไม่ต่อสัญญา
2541	3	4
2542	1	5
2543	14	1
2544	16	1
2545	2	-

ที่มา: กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ สำนักงานประกันสังคม

การควบคุมกำกับดูแลและการลงโทษสถานพยาบาลหลักที่ใช้ในกองทุนประกันสังคม ได้มีส่วนส่งเสริมให้สถานพยาบาลมีการปรับปรุงส่วนงานที่ยังด้อยอยู่ อย่างไรก็ตาม สำนักงานประกันสังคมไม่ได้มีมาตรการควบคุมมาตรฐานและคุณภาพการให้บริการของสถานพยาบาลคู่สัญญาของ/สถานพยาบาลระดับสูงกว่า นอกจากจะเข้าไปตรวจสอบเมื่อได้รับการร้องเรียนเท่านั้น ถึงแม้ว่าสำนักงานประกันสังคมจะได้กำหนดให้สถานพยาบาลหลักต้องแจ้งชื่อ สถานที่ตั้ง จำนวนเตียงผู้ป่วย (ถ้ามี) เวลาทำการ และสัญญาของสถานพยาบาลของ/สถานพยาบาลระดับสูงกว่าก็ตาม ข้อมูลดังกล่าวก็ไม่ได้เพียงพอที่จะบ่งบอกถึงคุณภาพการให้บริการของสถานพยาบาลเหล่านั้นได้ นอกจากนี้ ในสัญญาที่เซ็นระหว่างสำนักงานประกันสังคมและสถานพยาบาลหลักระบุว่า ความเสียหายที่สถานพยาบาลเครือข่ายก่อขึ้นนั้น สถานพยาบาลหลักจะต้องรับผิดชอบการกระทำหรือความเสียหายที่เกิดขึ้นเหมือนการกระทำของสถานพยาบาลหลักเอง และสำนักงานประกันสังคมมีสิทธิ์ปรับโทษสถานพยาบาลหลักด้วย ดังนั้นสำนักงานประกันสังคมถือว่าสถานพยาบาลหลักมีหน้าที่ควบคุมสถานพยาบาลในเครือข่ายของตน การที่สำนักงานประกันสังคมผลักดันการควบคุมตรวจสอบคุณภาพไปให้สถานพยาบาลหลัก ขณะเดียวกันก็ไม่ได้มีการตรวจสอบว่าสถานพยาบาลหลักมีมาตรการควบคุมคุณภาพสถานพยาบาลคู่สัญญาของอย่างไรบ้าง นอกจากนี้ เมื่อสถานพยาบาลคู่สัญญาของมีปัญหาเกิดขึ้น สำนักงานประกันสังคมยังไม่มีบทลงโทษสถานพยาบาลหลักที่มีสถานพยาบาลเครือข่ายไม่ได้มาตรฐาน การไม่ได้เข้าไปควบคุมสถานพยาบาลคู่สัญญาดังกล่าวถือว่าเป็นจุดอ่อนที่สำคัญยิ่งในการควบคุมคุณภาพการให้

บริการที่ให้แก่ผู้ประกันตน ทำให้มีข่าวออกมาบ่อยครั้งเกี่ยวกับคุณภาพของสถานพยาบาลดังกล่าว ดังนั้น ภาระการควบคุมคุณภาพไม่ควรผลักไปให้สถานพยาบาลหลัก โดยสำนักงานประกันสังคมไม่เข้าไปดูแล⁵⁰

5.5 ภาระค่าใช้จ่ายของกองทุนประกันสังคม

ภาระค่าใช้จ่ายของกองทุนประกันสังคมจะสูงขึ้นหรือต่ำลงขึ้นกับอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยประกันสังคมเป็นปัจจัยหนึ่ง จากข้อมูลอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยประกันสังคมระหว่างปี พ.ศ. 2538 - 2542 (ตารางที่ 5.4) พบว่าอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของผู้ประกันตนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆทุกปี โดยภาคเอกชนมีอัตราการใช้บริการของผู้ป่วยนอกสูงกว่าภาครัฐมาโดยตลอด ถ้าใช้ข้อมูลอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในของตารางที่ 3.2 จะพบว่าอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในในปี พ.ศ. 2542 (0.043 ครั้ง/คน/ปี) สูงกว่าปี พ.ศ. 2539-2541 เล็กน้อย โดยอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในในปี พ.ศ. 2539-2541 ค่อนข้างคงที่ ถ้าเปรียบเทียบสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชนพบว่าอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในของสถานพยาบาลเอกชนระหว่างปี พ.ศ. 2538-2541 สูงกว่าสถานพยาบาลภาครัฐโดยตลอด ในทางกลับกัน ถ้าวัดเป็นจำนวนวันนอน อัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน (วัน/คน-ปี) ของภาครัฐกลับสูงกว่าภาคเอกชนสำหรับวันนอนเฉลี่ย พบว่าจำนวนวันนอนเฉลี่ยมีแนวโน้มลดลงในช่วงปีหลังๆ โดยภาคเอกชนมีจำนวนวันนอนสั้นกว่าภาครัฐ แนวโน้มดังกล่าวนี้มีผู้กล่าวถึงว่าเนื่องจากสถานพยาบาลเอกชนมีการให้บริการที่ดีกว่า เวลาที่ใช้ในการรอพบแพทย์สั้นกว่า ผู้ประกันตนจึงนิยมใช้บริการผู้ป่วยนอกมากกว่าโรงพยาบาลรัฐที่มีคนไข้มากและแออัดยัดเยียด แต่ในกรณีที่ป่วยหนักขึ้นจนต้องนอนโรงพยาบาล ปรากฏว่าอัตราการใช้บริการสถานพยาบาลเอกชนสูงกว่าภาครัฐเล็กน้อยแต่วันนอนสั้นกว่า การที่โรงพยาบาลเอกชนมีวันนอนที่ต่ำกว่าโรงพยาบาลรัฐมีสาเหตุได้หลายประการ เช่น สัดส่วนคนไข้หนักของโรงพยาบาลเอกชนอาจน้อยกว่า โรงพยาบาลเอกชนมีระบบการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพมากกว่า เป็นต้น แต่ก็เป็นไปได้ที่โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งใช้วิธีลดต้นทุนการให้บริการทางการแพทย์โดยลดมาตรฐานการรักษาพยาบาล ซึ่งสำนักงานประกันสังคมอาจต้องนำข้อมูลรายโรงพยาบาลมาตรวจสอบต่อไปว่ามีสถานพยาบาลที่มีพฤติกรรมเหล่านี้หรือไม่

⁵⁰ เจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคมให้ข้อมูลว่าจำนวนสถานพยาบาลคู่สัญญาของมีมากเกินไป จะดูแลทั่วถึงได้ อย่างไรก็ตาม อาจมีการเปลี่ยนแปลงกฎระเบียบข้อนี้ในอนาคต

ตารางที่ 5.4 อัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยประกันสังคมปี พ.ศ. 2538 - 2542

ผู้ป่วยประกันสังคม	2538 (1995)	2539 (1996)	2540 (1997)	2541 (1998)	2542 (1999)
ผู้ป่วยนอก (ครั้ง/คน/ปี)	1.22	1.34	1.52	1.46	2.18
ภาครัฐบาล	1.00	1.16	1.44	1.40	2.08
ภาคเอกชน	1.41	1.45	1.59	1.50	2.26
ผู้ป่วยใน (วัน/คน/ปี)	0.13	0.15	0.16	0.15	0.20
ภาครัฐบาล	0.14	0.17	0.19	0.17	0.22
ภาคเอกชน	0.12	0.13	0.15	0.13	0.18
จำนวนวันนอนเฉลี่ย	4.82	4.87	4.83	4.70	4.44
ภาครัฐบาล	5.72	5.95	5.82	5.48	5.24
ภาคเอกชน	4.19	4.22	4.18	4.11	3.90

หมายเหตุ: ปี 2542 ข้อมูลครึ่งปีปรับเป็นหนึ่งปีโดยกองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ

ที่มา: กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ สำนักงานประกันสังคม (2544)

ถ้าพิจารณาจากต้นทุนค่าบริการทางการแพทย์เฉลี่ยต่อปีพบว่าภาคเอกชนมีต้นทุนเฉลี่ยสูงกว่าภาครัฐ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในการคำนวณต้นทุนค่าบริการของภาครัฐไม่ได้รวมเงินเดือนเข้ามาในการคำนวณด้วย ในปี พ.ศ. 2542 ภาคเอกชนมีต้นทุนค่าบริการทางการแพทย์เฉลี่ยต่อปีประมาณ 1,200 บาท/คน-ปี ส่วนภาครัฐมีต้นทุนประมาณ 630 บาท/คน-ปี เหตุผลนี้เองที่คณะกรรมการพิจารณาอัตราเหมาจ่ายใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนในการเพิ่มอัตราเหมาจ่ายในปี พ.ศ. 2543 เป็น 1,250 บาท/คน-ปี แต่คณะกรรมการการแพทย์เห็นชอบปรับอัตราเหมาจ่ายเป็น 1,100 บาท/คน-ปี ทั้งสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน (มีผลตั้งแต่ 1 กันยายน 2543) และพิจารณาจ่ายปรับตามภาวะเสี่ยง 150 บาท/คน-ปี กรณีผู้ประกันตนเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงและภาวะโรคเรื้อรัง (มีผลตั้งแต่เดือน มกราคม 2544)

ตารางที่ 5.5 ต้นทุนค่าบริการทางการแพทย์เฉลี่ยต่อปี

ปี	ต้นทุนเฉลี่ย (บาท/คน/ปี)		
	ภาครัฐบาล	ภาคเอกชน	ภาพรวม
2538	262	650	475
2539	396	817	654
2540	455	921	715
2541	435	897	699
2542	630	1,200	962

หมายเหตุ: ปี 2542 ข้อมูลครึ่งปีปรับเป็นหนึ่งปี (ไม่มีรายละเอียดว่าปรับโดยวิธีใด)

ที่มา: กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ สำนักงานประกันสังคม (2544)

เมื่อคำนวณค่าใช้จ่ายในการให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลประกันสังคม ระหว่างปี พ.ศ. 2539-2542 (ตารางที่ 5.6) พบว่าภาคเอกชนมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าภาครัฐมาโดยตลอด จากเหตุผลเดียวกันกับเหตุผลข้างต้นที่ว่าภาครัฐได้รับการสนับสนุนทางด้านเงินเดือน จึงทำให้ต้นทุนของภาครัฐต่ำกว่า เมื่อคิดสัดส่วนค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในพบว่าค่าใช้จ่ายในการให้บริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยนอกสูงกว่าผู้ป่วยใน โดยในปี พ.ศ.2542 สัดส่วนค่าใช้จ่ายในการให้บริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยนอกต่อผู้ป่วยในเท่ากับ 54:46 รวมค่าใช้จ่ายในการให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลประกันสังคมในปี พ.ศ.2542 ประมาณ 4,643 ล้านบาท

ตารางที่ 5.6 ค่าใช้จ่ายในการให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลประกันสังคมภาครัฐและภาคเอกชน ปี พ.ศ. 2538 – 2542

ปี	ค่าใช้จ่ายของ	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	รวม
2538	รัฐบาล	280,053,536	178,209,293	458,262,829
	เอกชน	675,544,615	687,615,843	1,363,140,458
	รวม	955,598,151	865,825,134	1,821,403,287
		(52.5%)	(47.5%)	(100%)
2539	รัฐบาล	411,044,982	304,483,396	715,528,378
	เอกชน	1,054,384,314	1,180,648,644	2,235,032,958
	รวม	1,465,429,296	1,485,132,040	2,950,561,337
		(49.7%)	(50.3%)	(100%)
2540	รัฐบาล	529,538,523	366,392,435	895,830,958
	เอกชน	1,183,059,051	1,313,876,202	2,496,935,253
	รวม	1,712,597,574	1,680,268,637	3,392,766,211
		(50.5%)	(49.5%)	(100%)
2541	รัฐบาล	654,312,912	454,279,210	1,108,592,122
	เอกชน	1,440,035,047	1,472,388,786	2,912,423,833
	รวม	2,094,347,959	1,926,667,996	4,021,015,955
		(52.1%)	(47.9%)	(100%)
2542	รัฐบาล	779,277,482	559,372,065	1,338,649,547
	เอกชน	1,721,314,980	1,582,612,035	3,303,927,015
	รวม	2,500,592,462	2,141,984,100	4,642,576,562
		(53.9%)	(46.1%)	(100%)

ที่มา: กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ สำนักงานประกันสังคม (2544)

ตารางที่ 5.6 แสดงค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาลรัฐและเอกชนในการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในตั้งแต่ปี พ.ศ.2538-2542 เมื่อเปรียบเทียบค่ารักษาพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมจ่ายให้กับสถานพยาบาลกับค่าใช้จ่ายรวมของสถานพยาบาลรัฐและเอกชน (ตารางที่ 5.7) จะพบว่ามีส่วนต่างอยู่ระหว่าง 869-2,150 ล้านบาทต่อปี ในปี พ.ศ.2541 ซึ่งเป็นปีที่มีส่วนต่างสูงที่สุดนั้น เป็นปีที่สถานพยาบาลได้ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2540 ประมาณ 1,281 ล้านบาทหรือ 223 บาท/คน-ปี⁵¹ โดยในปี พ.ศ.2541 นี้เป็นปีที่สำนักงานประกันสังคมปรับอัตราเหมาจ่ายเพิ่มขึ้นจาก 800 บาท/คน/ปีมาเป็น 1,000 บาท/คน/ปี ซึ่งคิดเป็นส่วนต่าง 200 บาท/คน-ปี ถ้าคำนวณจากส่วนต่างของทั้งสองปีในด้านค่าใช้จ่ายและค่ารักษาพยาบาล (ตารางที่ 5.7) จะพบว่าค่าใช้จ่ายในการให้บริการในปี พ.ศ.2541 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2540 ประมาณ 80 บาท/คน ส่วนค่ารักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลได้รับเพิ่มขึ้นประมาณ 295 บาท/คน แสดงว่าสำนักงานประกันสังคมจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้สถานพยาบาลเพิ่มขึ้นมากกว่าค่าใช้จ่ายในการให้บริการที่เพิ่มขึ้นของสถานพยาบาล

**ตารางที่ 5.7 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาล
และค่ารักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลได้รับจากสำนักงานประกันสังคม**

ปี พ.ศ. 2539 – 2542

ปี	ค่ารักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลได้รับจากสำนักงานประกันสังคม	ค่าใช้จ่ายในการให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาล	ส่วนต่าง (รายรับลบรายจ่าย)
2538	3,076.81	1,821.40	1,255.41
2539	4,029.33	2,950.56	1,078.76
2540	4,262.19	3,392.77	869.42
2541	6,171.09	4,021.02	2,150.07
2542	5,618.39	4,642.58	975.81

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลตารางที่ 5.6 และตารางที่ 2.6

⁵¹ คำนวณโดยนำค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นหารด้วยจำนวนผู้ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลในปีนั้น

จากตารางที่ 5.8 รายจ่ายด้านสุขภาพที่สำนักงานประกันสังคมจ่ายให้ผู้มีสิทธิจากกองทุนประกันสังคมในปี พ.ศ. 2543 คิดเป็น 1,252 บาท/คน ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพนี้เพิ่มขึ้นเป็น 1,524 บาทในปี พ.ศ.2544 เนื่องจากการปรับอัตราเหมาจ่ายเพิ่มขึ้นเป็น 1,100 บาท/คน/ปี และสำนักงานประกันสังคมให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในบางรายการ เช่น ค่าบริการตามภาระเสี่ยง ค่าใช้จ่าย ที่กล่าวถึงนี้รวมค่าใช้จ่ายที่จ่ายให้สถานพยาบาลและที่จ่ายให้ผู้ประกันตนโดยตรงด้วย คิดเป็นเงินทั้งสิ้น 8,988 ล้านบาทในปี พ.ศ.2544 เมื่อรวมกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของกองทุนเงินทดแทนในปีเดียวกันประมาณ 81 บาทต่อคนต่อปี หรือประมาณ 479 ล้านบาท ก็จะเป็นรายจ่ายที่สำนักงานประกันสังคมจ่ายจากสองกองทุนเป็นเงินประมาณ 9,466 ล้านบาทหรือ 1,606 บาทต่อคนต่อปี

ตารางที่ 5.8 รายจ่ายด้านสุขภาพของกองทุนประกันสังคม และกองทุนเงินทดแทนผู้ประสบภัยจากการทำงาน

ปี	จำนวนผู้ขึ้นทะเบียน กับสถานพยาบาล	รายจ่ายด้านสุขภาพของกองทุนประกันสังคม 1/						รายจ่ายด้านสุขภาพของกองทุนเงินทดแทน						รวมรายจ่ายด้านสุขภาพ	
		จ่ายให้สถานพยาบาล		จ่ายให้ผู้ประกันตน		รวมรายจ่ายด้านสุขภาพ กองทุนประกันสังคม		ค่ารักษาพยาบาล		ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพใน การทำงาน		รวมรายจ่ายด้านสุขภาพ กองทุนทดแทน		ที่ผู้ประกันตนจะได้รับ จากทั้งสองกองทุน	
	ล้านคน	ลบ. บาท/ราย 2/	ลบ. บาท/ราย 2/	ลบ. บาท/ราย 2/	ลบ. บาท/ราย 2/	ลบ. บาท/ราย 2/	ลบ. บาท/ราย 2/	ลบ. บาท/ราย 2/	ลบ. บาท/ราย 2/	ลบ. บาท/ราย 2/	ลบ. บาท/ราย 2/	ลบ. บาท/ราย 2/	ลบ. บาท/ราย 2/	ลบ. บาท/ราย 2/	
2534	2.528	757.30	299.56	3.52	1.39	760.82	300.96	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
2535	2.755	1,812.30	657.82	162.52	58.99	1,974.82	716.81	259.37	94.15	1.16	0.42	260.53	94.57	2,235.35	811.38
2536	3.316	2,115.70	638.03	258.68	78.01	2,374.38	716.04	322.84	97.36	1.94	0.59	324.78	97.94	2,699.16	813.98
2537	3.912	2,594.21	663.14	312.18	79.80	2,906.39	742.94	385.51	98.55	1.18	0.30	386.69	98.85	3,293.08	841.79
2538	4.240	3,076.81	725.66	540.48	127.47	3,617.29	853.13	479.9	113.18	1.54	0.36	481.44	113.55	4,098.73	966.68
2539	4.904	4,029.33	821.64	719.40	146.70	4,748.73	968.34	601.76	122.71	1.74	0.35	603.5	123.06	5,352.23	1,091.40
2540	5.474	4,262.19	778.62	868.89	158.73	5,131.08	937.35	726.52	132.72	2.4	0.44	728.92	133.16	5,860.00	1,070.52
2541	5.748	6,171.09	1,073.61	881.30	153.32	7,052.39	1,226.93	614.52	106.91	1.66	0.29	616.18	107.20	7,668.57	1,334.13
2542	5.117	5,618.39	1,097.98	885.14	172.98	6,503.53	1,270.97	486.72	95.12	1.74	0.34	488.46	95.46	6,991.99	1,366.42
2543	5.653	6,084.63	1,076.35	991.49	175.39	7,076.12	1,251.75	456.92	80.83	1.86	0.33	458.78	81.16	7,534.90	1,332.90
2544	5.926	8,089.70	1,365.12	986.21	166.42	9,075.91	1,531.54	502.00	84.71	2.00	0.34	504	85.05	9,579.91	1,616.59

ที่มา : กองวิชาการและแผนงาน สำนักงานประกันสังคม

หมายเหตุ : 1/ ข้อมูลจากตารางที่ 2.6

2/ จำนวนเงินรวมที่จ่ายให้สถานพยาบาลต่อจำนวนผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาล

ในด้านสถานะทางการเงินของกองทุนประกันสังคมนั้น พบว่ากองทุนฯ มีรายรับสุทธิเพิ่มขึ้นโดยตลอด ยกเว้นปี 2541 ที่เกิดวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจ อัตราส่วนรายจ่ายผลประโยชน์ทดแทนต่อเงินสมทบที่เรียกเก็บอยู่ระหว่างร้อยละ 26-71 สาเหตุหลักที่ทำให้อัตราส่วนนี้ค่อนข้างต่ำเป็นเพราะในระยะแรกผลประโยชน์ทดแทนที่ต้องจ่ายบางกรณี (กรณีสงเคราะห์บุตรและชราภาพ) ยังคงค่อนข้างน้อย อย่างไรก็ตามคาดว่าจะการจ่ายผลประโยชน์ทดแทนจะเพิ่มขึ้นในระยะยาว นอกจากนี้ยังมีผู้ประกันตนบางส่วนไม่ได้ใช้สิทธิที่พึงได้รับจากกองทุนเนื่องจากไม่ทราบหรือไม่ประสงค์จะใช้สิทธิโดยเฉพาะสิทธิในการรักษาพยาบาล จากกระแสรายรับที่สูงกว่ารายจ่ายทุกปี ทำให้ถึงสิ้นปี 2543 กองทุนประกันสังคมมีเงินกองทุนสุทธิประมาณ 115,000 ล้านบาท

5.6 ระบบการบริการสุขภาพขั้นต้น

สถานพยาบาลหลักในโครงการประกันสังคมได้แก่โรงพยาบาลรัฐซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปหรือสูงกว่า และโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมในโครงการ การให้ความสำคัญระบบการบริการสุขภาพขั้นต้นของโครงการประกันสังคมยังมีน้อย แม้ว่าสถานพยาบาลหลักเหล่านี้จะมีสถานพยาบาลเครือข่าย แต่หลักการของการมีระบบบริการระดับปฐมภูมิที่ใกล้บ้านและใกล้ใจประชาชน และการให้บริการเชิงรุกเพื่อสร้างสุขภาพบริการ ควบคุมป้องกันโรค ที่ระบุไว้ใน (ร่าง) กรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ หมวดที่ 7 ข้อ 7.2 ยังไม่ได้อยู่ในกรอบการให้บริการทางการแพทย์ของกองทุนประกันสังคม

สำนักงานประกันสังคมอาจมีโครงการต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานและการส่งเสริมป้องกันโรคเช่นการจัดหน่วยส่งเสริมสุขภาพเคลื่อนที่ในเขตกรุงเทพมหานครที่เน้นผู้ประกันตนในสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 200 คนขึ้นไป แต่โครงการดังกล่าวก็เป็นลักษณะหน่วยแพทย์เคลื่อนที่มากกว่าสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิที่แพทย์จะทำหน้าที่ใกล้ชิดและรู้จักกับผู้ประกันตนเป็นอย่างดี ถึงแม้ว่าโครงการนี้จะถูกเปลี่ยนเป็นโครงการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและเผยแพร่ความรู้ด้านประกันสังคมในครั้งหลังของแผนฉบับที่ 2 (พ.ศ.2540-2544) โครงการดังกล่าวก็เป็นโครงการส่งเสริมสุขภาพที่ไม่ได้มีความต่อเนื่องและชัดเจนพอที่จะเห็นผลกระทบของโครงการต่อกลุ่มเป้าหมาย โครงการอีกโครงการหนึ่งที่เกี่ยวเนื่องกับการป้องกันสุขภาพคือโครงการสร้างสรรค์สุขภาพในสถานประกอบการ โครงการนี้มีวัตถุประสงค์ในการส่งเสริมให้ลูกจ้างในสถานประกอบการมีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ถูกต้อง แต่ลักษณะโครงการเป็นการจัดสัมมนา จัดอบรม และทำสื่อ

5.7 สถานพยาบาลเอกชนและการแข่งขัน

กองทุนประกันสังคมเปิดโอกาสให้ผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาลได้ภายในจังหวัด ยกเว้นกรณีผ่อนปรนให้ผู้ประกันตนตามเขตรอยต่อ การแข่งขันระหว่างสถานพยาบาลภายใน จังหวัดมักเป็นการแข่งขันระหว่างโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์กับโรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมกับสำนักงานประกันสังคมมีเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จาก 72 รายในปี พ.ศ. 2539 เป็น 129 รายในปี พ.ศ. 2544 สำหรับโรงพยาบาลรัฐที่เข้าร่วมเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากการที่โรงพยาบาล ชุมชนบางแห่งสมัครเข้าร่วมในโครงการฯ ในขณะที่สถานพยาบาลเครือข่ายของโรงพยาบาลหลัก ทั้งรัฐและเอกชนเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัวในรอบห้าปีที่ผ่านมา (ดูตาราง 5.9)

ตารางที่ 5.9 จำนวนสถานพยาบาลภายใต้โครงการประกันสังคม จำแนกตามสังกัด ปี 2539-2543

สังกัด	2539	2540	2541	2542	2543	2544
รวม	198	196	205	231	244	262
รัฐบาล	126	127	127	128	130	133
กระทรวงกลาโหม	15	15	15	15	15	n.a.
กระทรวงมหาดไทย	5	5	5	5	5	n.a.
กระทรวงสาธารณสุข	98	99	99	100	101	n.a.
กระทรวงเกษตรและสหกรณ์	-	-	-	-	1	n.a.
ทบวงมหาวิทยาลัย	6	6	6	6	6	n.a.
สภาอากาศไทย	2	2	2	2	2	n.a.
เอกชน	72	69	78	103	114	129
เครือข่าย	2,839	2,868	2,256	3,816	4,014	4,832

ที่มา : กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ สำนักงานประกันสังคม

การแข่งขันหาสมาชิกผู้ประกันตนใช้รูปแบบการให้แรงจูงใจในด้านต่างๆ เช่น ให้ผลประโยชน์ในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นจากที่กำหนดในโครงการประกันสังคมมากกว่าความพยายามในการปรับปรุงคุณภาพการให้การรักษาพยาบาล ดังนั้น การเลือกสถานพยาบาลในการ ประกันหมู่ของบริษัทหรือโรงงานในนิคมอุตสาหกรรมมักจะผูกพันกับสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมที่ สถานพยาบาลเสนอมากกว่าการยอมให้พนักงานในบริษัทของตนมีสิทธิ์เลือกสถานพยาบาลที่ ตนต้องการ

จากการที่สถานพยาบาลเริ่มเห็นความสำคัญของรายได้ที่จะได้รับจากผู้ประกันตนของโครงการประกันสังคม การแข่งขันเพื่อดึงดูดคนไข้บางครั้งอยู่ในรูปของการลดค่ารักษาพยาบาล ค่าห้องพักรักษา การให้บริการเหมาจ่ายเป็น package และได้ขยายไปถึงการให้สิทธิพิเศษแก่ผู้ประกันตนครอบครัวของผู้ประกันตน เช่นลดค่ารักษาฟันและค่ารักษาพยาบาล ลดค่าห้อง ลดราคาการตรวจสุขภาพ (ดรุณี คงกตัญญูสกุล 2541)

การเกิดปัญหาความลำเอียงในการคัดเลือกผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลที่เป็นประโยชน์แก่ตนมากที่สุด (adverse selection) โดยสถานพยาบาลพยายามเลือกผู้ประกันตนที่มีสุขภาพดี มีการเจ็บป่วยน้อย และมีความเสี่ยงต่ำ รวมทั้งผู้ประกันตนที่กำลังป่วยหนักอยู่ ก็พยายามเลือกสถานพยาบาลใหญ่ที่สามารถให้การรักษาโรคที่ตนเป็นได้ ขณะที่ผู้ประกันตนที่มีสุขภาพดี ก็อาจเลือกสถานพยาบาลเล็ก แต่อยู่ใกล้บ้าน เป็นต้น หรือปัญหาการบิดเบือนพฤติกรรม (moral hazard) คือผู้ประกันตนหรือแพทย์มีพฤติกรรมทางสุขภาพต่างไปจากเมื่อไม่มีประกัน เช่นแพทย์ไม่จ่ายยาปฏิชีวนะให้แก่ผู้ป่วยในโรคที่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อการประหยัดหรือผู้ประกันตนไม่รักษาสุขภาพของตนเนื่องจากมีหลักประกันทางด้านสุขภาพก็อาจเกิดขึ้นได้ในกรณีประกันสังคม ซึ่งการควบคุมมาตรฐานการรักษาพยาบาล และการให้ความรู้ผู้ประกันตนอาจช่วยลดปัญหาเหล่านี้ลงได้

5.8 โครงสร้างองค์กรและการบริหารโครงการ

สำนักงานประกันสังคมมีฐานะเทียบเท่ากรม มีเลขาธิการและรองเลขาธิการรับผิดชอบงานด้านต่างๆ มีคณะกรรมการ 5 ชุดคือคณะกรรมการประกันสังคม คณะกรรมการการแพทย์ คณะกรรมการอุทธรณ์ คณะกรรมการกองทุนเงินทดแทน และคณะกรรมการแพทย์กองทุนเงินทดแทน คณะกรรมการทั้ง 5 ชุดนี้ขึ้นตรงกับเลขาธิการ คณะกรรมการมีหน้าที่กำหนดมาตรฐานและตัดสินปัญหาต่างๆ หน้าที่ความรับผิดชอบในกองทุนประกันสังคมถูกจัดแบ่งให้แก่ละกองในสำนักงานประกันสังคมยกเว้นสำนักงานกองทุนเงินทดแทน ซึ่งเทียบเท่ากองและรับผิดชอบเฉพาะกองทุนเงินทดแทน หน้าที่รับผิดชอบของแต่ละกองที่รับผิดชอบกองทุนประกันสังคมจะแตกต่างกันไปตามชื่อของกอง เช่นกองเงินสมทบ กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ กองประโยชน์ทดแทน เป็นต้น การบริหารในส่วนภูมิภาคประกอบด้วยสำนักงานประกันสังคมจังหวัด ซึ่งมีอยู่ในทุกจังหวัดรวม 75 แห่ง ในจังหวัดที่มีผู้ประกันตนจำนวนมาก เช่นจังหวัดสมุทรสาคร สงขลา และสมุทรปราการ เป็นต้น จะมีสาขาของสำนักงานประกันสังคมจังหวัดเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะจังหวัดสมุทรปราการ มีอยู่ 2 สาขา ในเขตกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วยสำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่จำนวน 8 เขต ซึ่งเป็นหน่วยงานไม่สังกัดกอง โครงสร้างการจัดการบริหารของสำนักงานประกันสังคมในจังหวัดมีลักษณะเดียวกับสำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่ในกรุงเทพมหานคร

คือมีฝ่ายบริหารงานทั่วไป ฝ่ายเงินสมทบและการตรวจสอบ ฝ่ายประโยชน์ทดแทน และฝ่ายการเงินและบัญชี อย่างไรก็ตาม การบริหารกองทุนในระดับจังหวัดรับผิดชอบโดยใช้เจ้าหน้าที่ชุดเดียวกันบริหารทั้งสองกองทุน ดังนั้นเจ้าหน้าที่ระดับจังหวัดจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในกฎระเบียบของทั้งสองกองทุน

สำนักงานประกันสังคมถูกจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 และปัจจุบันอยู่ภายใต้การบริหารและกำกับดูแลของกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม จากการสอบถามความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ประกันสังคมในช่วงแผนประกันสังคม ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2535-2539) และแผนประกันสังคม ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2540-2544) (อ้างใน สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2544) พบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงแผนประกันสังคม ฉบับที่ 1 คือโครงสร้างองค์กรยังขาดความคล่องตัว และความเป็นอิสระในการบริหารเนื่องจากต้องติดกับกฎระเบียบราชการและมีขั้นตอนการปฏิบัติงานมาก ซึ่งในขณะนั้น ผู้บริหาร (59%) เห็นว่าควรปรับโครงสร้างให้เป็นรัฐวิสาหกิจ ผู้บริหารอีกส่วนหนึ่งต้องการให้สำนักงานประกันสังคมเป็นองค์กรอิสระในกำกับดูแลของรัฐ แต่สำนักงานประกันสังคมเองก็ไม่ได้มีการปรับองค์กรใหม่ แต่พยายามปรับเปลี่ยนระบบการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นโดยนำเอาระบบการบริหารเชิงสัมฤทธิ์ผล (Result Based Management-RBM) มาใช้ในระดับพื้นที่/จังหวัด แต่ปัญหาการติดตามการขึ้นทะเบียน การทวงหนี้ค้างชำระ และการบันทึกข้อมูล ก็ยังเป็นปัญหาในช่วงแผนประกันสังคมฉบับที่ 2 บริษัทที่ปรึกษา Anderson Consulting ร่วมกับ สปส. และ ก.พ. เสนอให้ปรับปรุงโครงสร้างให้เป็นองค์กรราชการประเภทใหม่ ไม่มีฐานะเป็นกรมและอาจจะเป็นหน่วยราชการที่เป็นข้าราชการพลเรือนหรือไม่ก็ได้

การปรับปรุงโครงสร้างสำนักงานประกันสังคมเพื่อให้เป็นองค์กรที่ตัดขาดจากกฎระเบียบของราชการน้อยที่สุด และมีความเป็นอิสระทั้งในด้านการตัดสินใจและการบริหาร รวมทั้งปลอดจากการแทรกแซงทางการเมืองเป็นแนวทางที่ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ในสำนักงานประกันสังคมต้องการเห็นในอนาคต

5.9 แผนงานของสำนักงานประกันสังคมในอนาคต

สำนักงานประกันสังคมกำหนดแผนขยายความครอบคลุมไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป (เริ่ม 1 เมษายน 2545) แผนดังกล่าวถูกปรับมาจากแผนการขยายความคุ้มครองไปสู่สถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 5-9 คน นอกจากนี้สำนักงานประกันสังคมมีโครงการเตรียมขยายความคุ้มครองกรณีว่างงาน โดยคาดว่าจะสามารถออกพระราชกฤษฎีกา กฎกระทรวง และระเบียบที่เกี่ยวข้องภายในปี พ.ศ.2545 และในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการขยายสิทธิให้ความคุ้มครอง

ครองด้านการรักษาพยาบาลแก่คู่สมรสของผู้ประกันตนที่อยู่นอกระบบ ซึ่งยังไม่ความชัดเจนว่าจะเริ่มดำเนินการเมื่อใด เนื่องจากสำนักประกันสังคมเองก็ห่วงเรื่องความเพียงพอของเงินทุน

ในการขยายความครอบคลุมไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไปนั้น ไม่รวมนายจ้างซึ่งประกอบกิจการเพาะปลูก ประมง ป่าไม้ และสัตว์เลี้ยง ซึ่งไม่ได้ใช้ลูกจ้างตลอดปีและไม่มีการประกอบกิจการในลักษณะอื่นรวมอยู่ด้วย รวมทั้งไม่รวมนายจ้างที่เป็นบุคคลธรรมดา ซึ่งงานที่ลูกจ้างทำนั้นมิได้มีการประกอบธุรกิจรวมอยู่ด้วย และไม่รวมนายจ้างซึ่งประกอบการค้าแร่ การค้าแฝงลอย ตัวเลขประมาณการจำนวนลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 1-9 คนในปี พ.ศ.2544 จากข้อมูลโครงการสำมะโนอุตสาหกรรม พ.ศ. 2540 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ มีจำนวน 3.6 ล้านคน (ตารางที่ 4.10)⁵² ครอบคลุมเฉพาะสถานประกอบการอุตสาหกรรม (การผลิต) สถานประกอบการธุรกิจทางการค้า ธุรกิจทางการบริการ (การขายส่ง การขายปลีก ภัตตาคาร โรงแรม และการบริการ) การก่อสร้างที่เป็นนิติบุคคล และงานบุคคล (ไม่รวมกิจการแฝงลอยในตลาดและแฝงตั้งในอาคาร ร้านค้า ห้างสรรพสินค้าหรือศูนย์การค้า) ถ้าคำนวณจากตัวเลขนี้พบว่ารัฐบาลต้องจ่ายเงินสมทบให้กองทุนประกันสังคมเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ.2545 เป็นเงิน 3.9 พันล้านบาทและต้องจ่ายเพิ่มเป็น 5.4 และ 6.0 พันล้านบาทในปี พ.ศ. 2546 และ 2547 (ดูตารางที่ 3.3 ในบทที่ 3) ซึ่งสูงกว่างบประมาณที่รัฐบาลต้องใช้ในกรณีที่ไมขยายการครอบคลุมและให้ลูกจ้างเหล่านี้อยู่ภายใต้โครงการ 30 บาทต่อไป (ซึ่งต้องใช้งบประมาณ 4.3-4.4 พันล้านบาทในกรณีที่อัตราเหมาจ่ายรายหัวในโครงการ 30 บาทอยู่ที่ 1,202 บาทต่อปี) ทั้งนี้ เนื่องจากการขยายความครอบคลุมของโครงการประกันสังคมนั้น รัฐบาลต้องจ่ายเงินสมทบในกรณีที่สงเคราะห์บุตรและชราภาพเพิ่มขึ้นตามไปด้วย

⁵² ตัวเลขที่ประมาณการโดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (2544) จะต่ำกว่านี้ (คือประมาณ 2.8 ล้านคน)

ตารางที่ 5.10 ประมาณการจำนวนสถานประกอบการและผู้ประกันตนปี 2544 – 2550

ปี	สปก. ที่มีลูกจ้าง 1 – 4 คน		สปก.ที่มีลูกจ้าง 5 – 9 คน		รวม สปก.ที่มีลูก จ้าง 1 – 9 คน		สปก. ที่มีลูกจ้าง 10 คนขึ้นไป		รวม สปก. ลูก จ้าง 1 คนขึ้นไป	
	สปก. (ล้าน แห่ง)	ลูกจ้าง (ล้าน คน)	สปก. (ล้าน แห่ง)	ลูกจ้าง (ล้าน คน)	สปก. (ล้าน แห่ง)	ลูกจ้าง (ล้าน คน)	สปก. (ล้าน แห่ง)	ลูกจ้าง (ล้าน คน)	สปก. (ล้าน แห่ง)	ลูกจ้าง (ล้าน คน)
2544	1.122	2.78	0.117	0.81	1.239	3.59	0.112	5.98	1.351	9.57
2545	1.128	2.78	0.118	0.82	1.246	3.60	0.117	6.00	1.363	9.60
2546	1.134	2.80	0.118	0.82	1.252	3.62	0.122	6.03	1.374	9.65
2547	1.139	2.81	0.119	0.82	1.258	3.63	0.127	6.05	1.385	9.68
2548	1.145	2.82	0.119	0.82	1.264	3.64	0.132	6.07	1.396	9.71
2549	1.151	2.83	0.120	0.83	1.271	3.66	0.136	6.09	1.407	9.75
2550	1.157	2.84	0.121	0.83	1.278	3.67	0.140	6.11	1.418	9.78

ที่มา : กองวิชาการและแผนงาน สำนักงานประกันสังคม

- หมายเหตุ : 1. ใช้ข้อมูลสำมะโนอุตสาหกรรม พ.ศ. 2540 (งานนับจดสถานประกอบการอุตสาหกรรมและ
ธุรกิจ พ.ศ. 2539 สำนักงานสถิติแห่งชาติ) เป็นฐานในการประมาณการ
2. ปรับปรุงข้อมูลประมาณการ 13 กุมภาพันธ์ 2544

การขยายความคุ้มครองไปสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 1 คนขึ้นไป จะไปครอบคลุมผู้ที่มีบัตรทองในขณะนี้บางส่วนด้วย ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่สำนักงานประกันสังคมต้องให้ลูกจ้างและนายจ้างทุกคนที่เข้าข่ายเข้าร่วมในโครงการ ไม่เช่นนั้นแล้วผู้ที่มีอัตราการเจ็บป่วยต่ำหรือผู้ที่ไม่เจ็บป่วยอาจพยายามหลีกเลี่ยงการเข้าร่วมโครงการ เหลือแต่ผู้ป่วยเรื้อรังหรือผู้ที่มีความเสี่ยงสูงหรือผู้ที่มีอัตราการเจ็บป่วยสูงเข้าร่วมเท่านั้น (adverse selection) ซึ่งสำนักงานประกันสังคมให้ข้อมูลว่า ในกรณีขยายให้ครอบคลุมลูกจ้าง 1 คนขึ้นไปนั้น การตรวจให้ขึ้นทะเบียนน่าจะทำได้ง่ายเนื่องจากสามารถตรวจสอบข้อมูลจากหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่นกระทรวงพาณิชย์ กรมสรรพสามิต แต่อาจจะมีความยุ่งยากในเรื่องการควบคุมสถานประกอบการ เพราะในสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 1-2 คนนั้น ลูกจ้างมักจะไม่นัก้าเป็นพยานเมื่อสถานประกอบการกระทำผิด

แผนพัฒนาประกันสังคมถ้าได้นำหลักการบริหารใหม่ๆ มาพัฒนาระบบการบริหารงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นจะมีส่วนลดต้นทุนการบริหารจัดการและการประกอบการของสำนักงานประกันสังคม โดยเฉพาะการจัดระบบฐานข้อมูลเพื่อตรวจสอบการได้รับความคุ้มครองซ้ำซ้อน เช่นข้าราชการที่ทำงานนอกเวลากับสถานประกอบการภาคเอกชน หรือคู่สมรส บุตร หรือบิดามารดา

ของข้าราชการซึ่งทำงานในภาคเอกชน บุคคลเหล่านี้จะมีโอกาสได้รับสิทธิประโยชน์ทั้งจากสวัสดิการข้าราชการและกองทุนประกันสังคม หากพิจารณาในมุมมองทางเศรษฐศาสตร์แล้ว ความซ้ำซ้อนเหล่านี้ถือเป็นใช้ทรัพยากรที่ไม่ก่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดและเกิดความไม่เป็นธรรม ซึ่งสำนักงานประกันสังคมสามารถลดต้นทุนค่าใช้จ่ายการให้บริการทางการแพทย์ในส่วนนี้ได้ นอกจากนี้การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลตามมาตรฐานของ Hospital Accreditation ในปี พ.ศ.2545 หรือการให้สถานพยาบาลมีการพัฒนาปรับปรุงด้วยวิธีการค้นหาปัญหาของตนเอง ก็เป็นเรื่องที่สำนักงานประกันสังคมเสนอเพื่อปรับปรุงการบริหารให้ดีขึ้น

5.10 โครงการประกันสังคมกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศต่างๆ นั้น มีทั้งระบบที่มีกองทุนเดียวและหลายกองทุน คำถามเกี่ยวกับการรวมกองทุนหลักประกันสุขภาพ หรือการนำเงินจากกองทุนประกันสังคมและกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถมาให้องค์ทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติบริหารเป็นประเด็นหนึ่งที่ได้รับการถกเถียงในบรรดาผู้ที่เกี่ยวข้อง ในขณะที่เดียวกัน ก็มีเสียงเรียกร้องจากลูกจ้างและนายจ้างบางฝ่ายที่ให้รัฐบาลเลิกเก็บเงินประกันสังคมในส่วนที่เป็นประกันสุขภาพและให้นำลูกจ้างทั้งหมดเข้ามาอยู่ภายใต้โครงการ 30 บาทแทน โดยให้เหตุผลในด้านความเสมอภาคในการได้รับบริการด้านสาธารณสุขจากรัฐบาล

ในการกำหนดกรอบการศึกษาในโครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้เสนอ benchmark ในการติดตามประเมินผลโครงการการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไว้ 10 ประการด้วยกัน โดยมีส่วนที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้อย่างน้อย 2 ประการคือ (1) ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ และ (2) การใช้ระบบภาษี (tax financing) ร่วมกับการมีส่วนร่วมจ่ายของผู้มีสิทธิโดยกระจายภาระให้สอดคล้องกับความสามารถในการจ่าย (ability to pay) ของฝ่ายต่างๆ

● ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ

ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการและได้รับบริการที่มีคุณภาพเป็นหัวใจสำคัญประการหนึ่งของโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้ ก่อนที่จะมีโครงการนี้ ประชาชนส่วนใหญ่ก็มีหลักประกันสุขภาพหรือสวัสดิการในรูปแบบหนึ่งได้อยู่แล้ว และสำหรับผู้ที่ไม่มียุทธหลักประกันใดเลยนั้น เมื่อมาใช้บริการที่สถานพยาบาลของรัฐและมีปัญหาในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ก็ยังอาจขอรับการสงเคราะห์จากสถานพยาบาลได้เช่นกัน แต่ปัญหาก็คือมีกรณีผู้ที่มีสิทธิบางประเภท (เช่น สปร. รวมทั้งประเภท ข. ซึ่งคือผู้ป่วยที่ขอรับการสงเคราะห์โดยไม่มีสิทธิใดใด) ไม่ได้รับการบริการที่ทัดเทียมผู้ป่วยที่มีสิทธิอื่น (เช่น สวัสดิการข้าราชการ และประกันสังคม) หรือผู้ป่วยที่จ่ายเงินเอง ดังนั้น การ

สร้างระบบการประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นมาทดแทนระบบที่มีอยู่เดิมจึงควรเป็นระบบที่ดีกว่าเดิมในด้านความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ

ในกรณีนี้ การมีกองทุนหลักประกันสุขภาพกองทุนเดียวเป็นเครื่องมือประการหนึ่งที่จะช่วยสร้างหลักประกันในด้านความเสมอภาค ทั้งนี้ การที่สถานพยาบาลสามารถใช้หลักการเดียวกันในการเบิกค่าตอบแทนสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย (ไม่ว่าจะเป็นการเบิกล่วงหน้าหรือย้อนหลัง) ย่อมทำให้สถานพยาบาลไม่มีแรงจูงใจทางการเงินในการแยกผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มต่างๆ และใช้มาตรฐานการรักษาพยาบาลที่ต่างกันเนื่องด้วยเหตุผลประการนี้⁵³ ในกรณีที่มีหลายกองทุน สิทธิประโยชน์ วิธีการจ่ายเงิน และอัตราที่สถานพยาบาลได้รับจากกองทุนต่างๆ ไม่ควรมีความแตกต่างกันมาก

- **การใช้ระบบภาษี (tax financing) ร่วมกับการมีส่วนร่วมจ่ายของผู้มีสิทธิโดยกระจายภาระให้สอดคล้องกับความสามารถในการจ่าย (ability to pay) ของฝ่ายต่างๆ**

นอกจากการเฉลี่ยและกระจายความเสี่ยงแล้ว การสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังมีความจำเป็นต้องกระจายการรับภาระของโครงการตามความสามารถในการจ่ายของประชากรกลุ่มต่างๆ ด้วย ในประเทศที่มีการกระจายรายได้ที่ไม่ค่อยเสมอภาค และมีเศรษฐกิจแบบคู่ขนาน (dual economy) ที่มีความแตกต่างระหว่างภาคเศรษฐกิจที่เป็นทางการ (formal sector) และไม่เป็นทางการ (informal sector) ค่อนข้างมากดังเช่นประเทศไทยนั้น การกระจายภาระของโครงการควรคำนึงถึงความสามารถในการแบกรับภาระของประชากรในภาคการจ้างงานที่ต่างกันและฐานะทางเศรษฐกิจของประชากรกลุ่มที่ยากจนหรือควรได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลด้วย ซึ่งโดยทั่วไปแล้ว ทั้งนายจ้างและลูกจ้างในภาคการจ้างงานที่เป็นทางการมักมีความสามารถในการแบกรับภาระมากกว่านายจ้างและลูกจ้างในภาคการจ้างงานที่ไม่เป็นทางการ (ยกเว้นกลุ่มวิชาชีพอิสระซึ่งเป็น self-employed บางกลุ่มเช่น แพทย์ หนายความ สถาปนิก และนักบัญชี ที่ไม่ได้อยู่ในสังกัดของสถานประกอบการที่เป็นทางการ) การกระจายภาระของโครงการจึงควรคำนึงถึงหลักการความสามารถในการจ่าย (ability to pay) หรือการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขของประชากรกลุ่มต่างๆ กัน

ในระบบปัจจุบัน ในภาคการจ้างงานที่เป็นทางการนั้น มีกลุ่มผู้มีสิทธิสองกลุ่มใหญ่ๆ คือ กลุ่มข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ (ซึ่งนายจ้างเป็นผู้จ่าย) และลูกจ้างใน

⁵³ แน่นนอนว่าการมีกองทุนเดียวไม่ได้เป็นหลักประกันที่จะทำให้ผู้ให้บริการให้บริการแก่ผู้ป่วยทุกรายอย่างเสมอภาค แต่อย่างน้อยก็เป็นการลดแรงจูงใจในการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งมากหรือน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ด้วยเหตุผลทางการเงิน

สถานประกอบการของเอกชน ซึ่งอยู่ในความคุ้มครองของระบบประกันสังคม (นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาลมีส่วนร่วมจ่าย) ขณะที่ในภาคการจ้างงานที่ไม่เป็นทางการนั้น ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่กำลังดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน รัฐบาลเป็นผู้จ่ายจากเงินภาษีอากรเป็นส่วนใหญ่ และประชาชนผู้มีสิทธิบางกลุ่มร่วมจ่าย co-payment ในประเด็นนี้ แม้ว่าบางฝ่ายอาจจะเห็นว่าเป็นระบบที่ไม่เสมอภาคและเลือกปฏิบัติเนื่องจากรัฐให้เงินอุดหนุนด้านสุขภาพให้ผู้ที่อยู่ในโครงการประกันสังคมน้อยกว่าประชาชนทั่วไป (ประมาณ 700-800 บาทต่อคนเทียบกับ 1,202 บาทต่อคน⁵⁴) แต่มุมมองดังกล่าวได้ละเลยแนวคิดพื้นฐานของหลักภาษีหลายประการ เช่น หลักความสามารถในการจ่าย (ability to pay) ซึ่งเป็นหลักการเบื้องหลังการเก็บภาษีในอัตราก้าวหน้า⁵⁵

อุปสรรคสำคัญในการผลักดันให้เกิดโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในอดีตก็คือค่าใช้จ่ายของโครงการ เพราะถ้าโครงการนี้ใช้ภาษีทั่วไปทั้งหมดก็จะต้องใช้งบประมาณมาก และรัฐบาลอาจต้องหารายได้จากทางอื่นมาทดแทน เช่นอาจจะต้องใช้วิธีขึ้นภาษี ซึ่งในทางการเมืองเป็นวิธีที่ค่อนข้างยาก ดังนั้น การที่มีโครงการประกันสังคมอยู่แล้วก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่รัฐบาลสามารถตัดสินใจในการดำเนินโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” ได้ง่ายขึ้น หรือแม้แต่การขยายความคุ้มครองของโครงการประกันสังคมจากกิจการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไปมาเป็นหนึ่งคนขึ้นไป ทางสำนักงานประกันสังคมเองก็มักจะให้เหตุผลว่าทางเลือกนี้จะช่วยลดภาระของรัฐบาลลงเมื่อเทียบกับภาระในการอุดหนุนโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค”⁵⁶

แม้ว่าโดยหลักการแล้ว โครงการประกันสังคมเป็นโครงการประกันสำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ แต่การที่โครงการนี้บังคับให้นายจ้างและลูกจ้างที่อยู่ในข่ายเข้าร่วมโครงการ ทำให้การเรียกเก็บเงินเข้าโครงการประกันสังคมจึงไม่ต่างอะไรกับการเก็บภาษีประเภทอื่น ซึ่งผู้ที่อยู่ในกลุ่ม

⁵⁴ อย่างไรก็ตาม ถ้าคิดจากภาระการอุดหนุนโดยรวมที่รัฐบาลให้กับผู้มีสิทธิประกันสังคม (ในรูปของเงินสมทบทั้งหมด) จะพบว่าผู้มีสิทธิประกันสังคมได้รับเงินอุดหนุนต่อหัวจากรัฐบาลมากกว่าผู้ที่ได้รับสิทธิในโครงการ 30 บาท (ปัจจุบัน รัฐบาลจ่ายเงินสมทบประมาณปีละเกิน 8,000 ล้านบาทสำหรับผู้ประกันตนประมาณ 6 ล้านคน ซึ่งเมื่อคิดต่อหัวแล้วจะสูงกว่าบในโครงการ 30 บาท)

⁵⁵ ถ้าให้เหตุผลในทำนองเดียวกัน ก็สามารถตีความต่อไปได้ว่าการเก็บภาษีเงินได้ในอัตราก้าวหน้า (progressive tax) หรือภาษีประกันสังคมในลักษณะที่มีเพดานรายได้ (ซึ่งเป็นภาษีที่มีลักษณะถอยหลังหรือ regressive) ต่างก็มีลักษณะของการเลือกปฏิบัติทั้งสิ้น

⁵⁶ แต่กรณีนี้เป็นจริงเฉพาะกลุ่มคนงานในสถานประกอบการที่มีขนาดเล็กกว่า 10 คน (ซึ่งส่วนใหญ่มีเงินเดือนต่ำ) แต่ถึงแม้ในคนงานกลุ่มนี้เองก็ตาม ในกรณีที่มีการปรับเงินสมทบกลับขึ้นไปเป็นร้อยละ 1.5 ในปี 2546 ตามแผนของสำนักงานประกันสังคม เงินสมทบที่รัฐบาลต้องจ่ายให้ลูกจ้างกลุ่มนี้จะสูงกว่าเงินอุดหนุนที่รัฐบาลจะต้องจ่ายให้โครงการ 30 บาทในกรณีที่ไม่มีกรขยายโครงการประกันสังคม) (ดูตารางที่ 4.4)

เป้าหมายต้องจ่ายโดยไม่มีข้อแม้ ถึงแม้ว่ากลุ่มเป้าหมายบางคนอาจจะไม่ประสงค์ที่จะเข้าร่วมหรือใช้บริการจากโครงการนั้นๆ⁵⁷ ในแง่นี้ ผู้ที่อยู่ในระบบประกันสังคมจึงมีส่วนแบกรับภาระด้านบริการสาธารณสุขมากกว่าประชาชนนอกระบบประกันสังคมอยู่บ้าง แต่โดยทั่วไปแล้วผู้ที่อยู่ในภาคการจ้างงานที่เป็นทางการก็มักจะอยู่ในฐานะที่สามารถผู้แบกรับภาระภาษีได้ดีกว่าผู้ที่อยู่นอกภาคการจ้างงานที่เป็นทางการ (และที่ผ่านมาก็เป็นผู้ที่แบกรับภาระภาษีเงินได้ส่วนใหญ่อยู่แล้ว เนื่องจากการจัดเก็บภาษีจากคนกลุ่มนี้ทำได้ง่ายกว่า)

แต่ในขณะที่กลุ่มลูกจ้างในโครงการประกันสังคมอาจรับภาระภาษีสูงกว่าผู้ที่อยู่นอกโครงการนั้น ในทางปฏิบัตินั้น กลุ่มนี้ก็ได้รับการอุดหนุนจากภาครัฐสูงกว่าด้วยเช่นกัน ตัวอย่างเช่น ในโครงการประกันสังคมเองนั้น เงินสมทบเฉลี่ยต่อหัวที่รัฐจ่ายให้ก็สูงกว่าเงินอุดหนุนที่รัฐให้สำหรับผู้ที่มีสิทธิ์ 30 บาท ดังนั้น การอ้างเหตุผลในเรื่องความเสมอภาคว่ากลุ่มลูกจ้างในโครงการประกันสังคมได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐน้อยกว่าประชาชนที่อยู่นอกโครงการจึงเป็นเหตุผลที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง

แน่นอนว่ารัฐบาลสามารถเลือกที่จะเลิกเก็บเงินสมทบด้านการรักษาพยาบาลจากนายจ้างและลูกจ้างโดยตรง และหันมาใช้รายรับจากภาษีอากรอื่นมาทดแทนเงินส่วนนี้ (ซึ่งเป็นแนวทางที่คาดว่าจะเกิดขึ้นภายใต้ พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ซึ่งอาจส่งผลให้รัฐบาลต้องเก็บภาษีเพิ่มขึ้นมาทดแทน (เช่นภาษีมูลค่าเพิ่ม) หรือตัดค่าใช้จ่ายด้านอื่นลง แต่ทั้งรัฐบาลและฝ่ายที่สนับสนุนแนวทางนี้ไม่ควรนำเหตุผลด้านความเสมอภาคในการรับบริการของรัฐมาอ้างในการยกเลิกการเก็บเบี้ยประกันแล้วหันมาอุดหนุนโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งหมดเอง

สำหรับประเด็นการยุบงานด้านการรักษาพยาบาลของกองทุนประกันสังคมและให้นำเงินจากโครงการประกันสังคม (หรืออย่างน้อยเงินสมทบของรัฐบาลในอนาคต) มาให้กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าบริหารแทนนั้น มีทั้งเหตุผลที่สนับสนุนการยุบรวมงานด้านนี้เข้าด้วยกัน และเหตุผลที่สนับสนุนการบริหารบบประกันสังคมโดยกองทุนประกันสังคมต่อไปหลายประการ

เหตุผลสนับสนุนการยุบรวมงานด้านการรักษาพยาบาลเข้ากับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- การบริหารงานภายใต้กองทุนเดียวกันจะทำให้โครงการประกันสังคมและโครงการ 30 บาทมีความเท่าเทียมกันมากขึ้นทั้งในด้านการให้บริการทางการแพทย์และการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์

⁵⁷ รวมทั้งพนักงานบริษัท (กลุ่ม white collar) จำนวนมากที่ต้องจ่ายเบี้ยประกันสังคม แต่เวลาเจ็บป่วยไม่เคยใช้บริการรักษาพยาบาลในโครงการประกันสังคมเลย เนื่องจากไม่มั่นใจในคุณภาพของการบริการ

- ในระยะยาวการบริหารโดยกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอาจมีข้อได้เปรียบในด้านทรัพยากรมนุษย์มากกว่ากองทุนประกันสังคม (ซึ่งปัจจุบันกองประสานการแพทย์ที่มีเพียงทีมที่ปรึกษาทางการแพทย์และการพยาบาลกลุ่มเดียวในการตรวจสอบสถานพยาบาลและคุณภาพการให้การรักษาพยาบาล)
- การรวมกองทุนน่าจะทำให้กองทุนมีอำนาจต่อรองในการซื้อบริการมากขึ้น

เหตุผลสนับสนุนการบริหารงานด้านการรักษาพยาบาลโดยกองทุนประกันสังคมเองต่อ

ไป

- ถ้าทั้งสองกองทุนมีระบบการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลและให้สิทธิประโยชน์ (benefit package) ที่คล้ายๆ กัน ก็ไม่มีความจำเป็นต้องรวมกองทุนเพราะสถานพยาบาลไม่น่าจะมีแรงจูงใจ (incentive) ในการรักษาพยาบาลแก่คนไข้แตกต่างกัน
- การยุบสองโครงการมารวมกัน เป็นการลดการแข่งขัน และอาจทำให้การปรับปรุงการบริหารและคุณภาพการให้บริการมีน้อยลง
- ในปัจจุบัน ระบบการจ่ายค่าใช้จ่ายของโครงการประกันสังคมจะจ่ายให้แก่สถานพยาบาลคู่สัญญาหลักซึ่งเป็นโรงพยาบาลใหญ่ ซึ่งส่วนมากคือโรงพยาบาลทั่วไปโรงพยาบาลศูนย์ แต่ในโครงการ 30 บาทนั้น งบ UC ของอำเภอจะลงไปโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด โดยโรงพยาบาลทั้งสองระดับได้งบประมาณเหมาจ่ายรายหัวเช่นเดียวกัน การแยกกันของสองโครงการน่าจะทำให้เกิดปัญหาน้อยกว่าไปเน้นการจ่ายที่โรงพยาบาลใหญ่หรือโรงพยาบาลชุมชนฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดโดยเฉพาะ
- กองทุนประกันสังคมได้ผ่านงานด้านนี้มาเป็นเวลานาน และได้ปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องในหลายด้าน และเริ่มมีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับของสมาชิก ในขณะที่โครงการ 30 บาทเป็นโครงการที่เพิ่งจะเกิดใหม่ และยังไม่มีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับของผู้ประกันตน และยังมีคนจำนวนมากมองว่าเป็นบริการชั้นสอง การรวมสองโครงการในขณะนี้อาจทำให้ผู้ประกันตนในโครงการขาดความมั่นใจในโครงการประกันสังคมไปด้วย
- แม้ว่าปัจจุบันอัตราเหมาจ่ายรายหัวของโครงการ 30 บาทจะต่ำกว่าโครงการประกันสังคม แต่การรวมกองทุนเข้าด้วยกันเป็นกองทุนใหญ่ แต่ก็คงไม่ได้ทำให้ค่าใช้จ่ายของภาครัฐลดลง ทั้งนี้ จากการศึกษาของ วิโรจน์และอัญชนา

(2545) เรื่องการติดตามประเมินผลการดำเนินการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของกระทรวงสาธารณสุข (ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยนี้) พบว่างบประมาณที่น่าจะสมเหตุสมผลของโครงการ 30 บาทนั้นใกล้เคียงกับค่าใช้จ่ายของต่อหัวในด้านการรักษาพยาบาลของกองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทนรวมกัน

- แม้ว่าการรวมเป็นกองทุนใหญ่อาจทำให้มีอำนาจในการต่อรองในการซื้อบริการมากขึ้น แต่ไม่น่าจะมากนักเพราะจำนวนผู้ประกันตนในกองทุนประกันสังคมมีจำนวนน้อยกว่าประชากรในโครงการ 30 บาทมาก และในปัจจุบันนี้ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ในโครงการ 30 บาท เป็นสถานพยาบาลของรัฐ ซึ่งการต่อรองอาจจะไม่ได้เป็นปัญหามากเท่ากับการกำหนดกติกาการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสม

เมื่อพิจารณาจากเหตุผลทั้งสองด้านในขณะนี้ จะเห็นได้ว่ายังไม่มีเหตุผลที่เด่นชัดพอที่จะมาโน้มน้าวว่าการรวมกองทุนในขณะนี้จะมีผลดีมากกว่าผลเสียที่จะเกิดขึ้น ข้อเสียที่อาจจะมีอยู่บ้างจากการแยกบริหารกองทุนในปัจจุบันก็ยังไม่เห็นข้อใดที่เป็นข้อเสียที่ร้ายแรง แต่ในอนาคตนั้น ถ้ากองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ผ่านการพิสูจน์ตัวเองว่าสามารถบริหารงานได้อย่างมีประสิทธิภาพกว่ากองทุนประกันสังคมแล้ว การรวมกองทุนในช่วงนั้นก็อาจจะเกิดขึ้นได้อย่างราบรื่นด้วยความเห็นพ้องต้องกันของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

บรรณานุกรม

ภาษาไทย :

กลุ่มงานวิจัย. กองวิชาการและแผนงาน. 2543. “ทำเนียบโครงการวิจัยที่ได้รับทุนสนับสนุนโดยสำนักงานประกันสังคม ปี 2535-2542.” นนทบุรี : สำนักงานประกันสังคม.

กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ สำนักงานประกันสังคม. 2544. “รายงานผลการประชุมคณะกรรมการการแพทย์ของกองทุนประกันสังคม ชุดที่ 6.” นนทบุรี: สำนักงานประกันสังคม.

กองวิชาการและแผนงาน. 2539. “สรุปสาระสำคัญแผนประกันสังคม ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2540-2544.” เอกสารวิชาการ ลำดับที่ 67. นนทบุรี : สำนักงานประกันสังคม.

กิตติมา สุธีธร. 2537. “ความเห็นของผู้ประกันสังคมต่อบริการของโรงพยาบาลรามาริบัติ.” ผลงานวิชาการของสังคมสงเคราะห์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.

เกสร มาศรัตน์. 2543. “การให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลอ่างทอง.” รายงานการศึกษาค้นคว้าส่วนบุคคล. นนทบุรี : สำนักงานประกันสังคม.

คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. พฤษภาคม 2544. “รายงานการศึกษาประกอบการปฏิรูประบบสุขภาพและร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ข้อเสนอแนะระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.” นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

จันทร์เพ็ญ สิริวัฒนกุล. 2543. “การควบคุมคุณภาพสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม.” รายงานการศึกษาค้นคว้าส่วนบุคคล. นนทบุรี : สำนักงานประกันสังคม.

ชลอลักษณ์ แก้วพวง. 2543. “การควบคุมคุณภาพสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม.” รายงานการศึกษาค้นคว้าส่วนบุคคล. นนทบุรี : สำนักงานประกันสังคม.

ดร.ณิ คณกตัญญูสกุล. 2541. “พฤติกรรมการใช้บริการด้านสุขภาพจากประกันสังคม กรณีศึกษา : ผู้ประกันตนในเขตจังหวัดกรุงเทพมหานครและปริมณฑล” ภาคนิพนธ์ คณะพัฒนาการเศรษฐกิจ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

ดุษฎิ ประสพทรัพย์. 2539. “ความพึงพอใจของลูกค้าจ้างผู้ประกันตนต่อการบริการทางการแพทย์ตามโครงการประกันสังคม : ศึกษากรณีสถานพยาบาลในจังหวัดนนทบุรี.” ภาคนิพนธ์ คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

บรรเทา อื้อกุล และคณะ. พฤษภาคม 2538. “เครือข่ายสถานพยาบาลประกันสังคม: การสนองตอบของภาคเอกชนต่อการแข่งขันเพื่อหาผู้ประกันตน.” นนทบุรี : สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

ปาริชาติ ศรีประเสริฐ. 2541. “การให้ความคุ้มครองในระบบประกันสังคม : ศึกษาเปรียบเทียบโครงการประกันสังคมของประเทศไทยและฟิลิปปินส์.” ภาคนิพนธ์ คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

ฝ่ายสถิติและรายงาน. กองวิชาการและแผนงาน. กันยายน 2543. “สถิติงานประกันสังคม 2542.” นนทบุรี : สำนักงานประกันสังคม.

เพ็ญศรี ฤกษ์นันท์. 2542. “ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกสถานพยาบาลของผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคม.” สารนิพนธ์ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI). มิถุนายน 2544. “โครงการประเมินผลแผนประกันสังคม ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2540-2544) และจัดทำแผนประกันสังคม ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2545-2549): รายงานการศึกษาขั้นกลาง.” กรุงเทพฯ.

..... พุทธศักราช 2544. “โครงการประเมินผลแผนประกันสังคม ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2540-2544) และจัดทำแผนประกันสังคม ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2545-2549): รายงานฉบับสมบูรณ์ การประเมินผลแผนประกันสังคม ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2540-2544).” กรุงเทพฯ.

_____ . มกราคม 2545. “โครงการรูปแบบการประกันการว่างงานที่เหมาะสมกับประเทศไทย : รายงานความก้าวหน้า ครั้งที่ 2.” กรุงเทพฯ.

มัทนา พนานิรามัย และ สมชาย สุขศิริเสรีกุล. กุมภาพันธ์ 2540. “การศึกษารูปแบบการจัดสรรงบประมาณเพื่อหลักประกันทางสังคม: อดีต ปัจจุบัน และอนาคต.” กรุงเทพฯ : มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

รัชยา กุลวานิชไชยนันท์. 2535. “ความพึงพอใจของผู้ประกันตนต่อบริการทางการแพทย์: ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ประกันตนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล.” กรุงเทพฯ : สำนักงานประกันสังคม.

ศุภณัฐ สารสนเทศ. 2542. “ความรู้เบื้องต้นของกองทุนเงินทดแทน และกองทุนประกันสังคม.” นนทบุรี : สำนักงานประกันสังคม.

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. เมษายน 2536. “หนึ่งปีของการประกันสังคม: ผลกระทบต่อระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข.” กรุงเทพฯ : คณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุข.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ไม่ระบุปีที่พิมพ์. “ข้อมูลทางวิชาการเพื่อการแก้ไขพระราชบัญญัติประกันสังคม.” นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.

สุจิตา เมฆวิชัย และคณะ. 2539. “ทัศนคติของผู้ประกันตนต่อโครงการประกันสังคม กรณีศึกษา : ผู้ประกันตนในโรงงานอุตสาหกรรมบนถนนบางนา-ตราด.” รายงานวิจัยวิชา รศ.820 สัมมนาเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการบริหารทรัพยากรมนุษย์ คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

สุพัชรี รอดภัยปวง. 2540. “การวิเคราะห์อัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน.” รายงานการศึกษาส่วนบุคคล. นนทบุรี : สำนักงานประกันสังคม.

สุภาพร ภัคธกุล. 2539. “ความพึงพอใจของผู้ประกันตนที่มีต่อบริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลรัฐบาลในจังหวัดชลบุรี.” ภาคนิพนธ์ คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

สำนักงานประกันสังคม. 2535-2542. “รายงานประจำปี.”

เสาวภา พรศิริพงษ์ และคณะ. ธันวาคม 2535. “ประกันสังคม: ความพร้อมของโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล.” รายงานการวิจัยสถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเพื่อพัฒนาชนบท. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.

อติเทพ สุวรรณวัฒน์. 2543. “ความคิดเห็นของผู้บริหารและบุคลากรของสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคมต่องานบริการทางการแพทย์ในระบบประกันสังคม: กรณีศึกษาเฉพาะจังหวัดสมุทรปราการ.” รายงานการศึกษาค้นคว้าส่วนบุคคล. นนทบุรี : สำนักงานประกันสังคม.

อำพล สิงห์โกวินท์. 2538. “ผลการดำเนินงานด้านการประกันสังคม.” กรุงเทพฯ : กระทรวงแรงงาน และสวัสดิการสังคม.

ภาษาอังกฤษ :

Ahmad, E., et. Al. 1991. “Social Security in Developing countries: Are There Lessons for Developing countries?.” Oxford : Clarendon Press.

Sanguan Nitayarumphong and Anne Mills. 1998. “Achieving universal coverage of Health Care.” Office of Health Care Reform : Ministry of Public Health.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
สิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตน/ลูกจ้างจาก
กองทุนประกันสังคม และกองทุนเงินทดแทน

กองทุนประกันสังคม

กองทุนประกันสังคมให้ความคุ้มครองและหลักประกันแก่ ลูกจ้างผู้ประกันตนที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย อันไม่เนื่องมาจากการทำงาน โดยการกำหนดสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ประกันตนแยกตามกรณีการคุ้มครอง 6 กรณี (ยังไม่รวมกรณีคุ้มครองการว่างงานเนื่องจากยังไม่บังคับใช้) ดังนี้

1. กรณีเจ็บป่วยหรือประสบอันตราย

- การเกิดสิทธิ ผู้ประกันตนซึ่งจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน ภายใน 15 เดือน

- สิทธิประโยชน์กรณีทั่วไป

+ มีสิทธิเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลที่ผู้ประกันตนเลือกไว้ ตามบัตรรับรองสิทธิโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ยกเว้น

- (1) โรคจิต ยกเว้นกรณีเฉียบพลันซึ่งต้องทำการรักษาในทันทีและระยะเวลาในการรักษาไม่เกิน 15 วัน
- (2) โรคหรือการประสบอันตราย อันเนื่องจากการใช้สารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด
- (3) โรคเดียวกันที่จำเป็นต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทคนไข้ในเกินหนึ่งร้อยแปดสิบวันในหนึ่งปี
- (4) การทำไตเทียมแบบล้างโลหิต ยกเว้น
 - กรณีไตวายเฉียบพลันที่มีระยะเวลารักษาไม่เกินหกสิบวัน
 - กรณีเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ให้มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามหลักเกณฑ์เงื่อนไข และอัตราที่กำหนดในประกาศสำนักประกันสังคม
- (5) การกระทำใด ๆ เพื่อความสวยงามโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
- (6) การรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างการค้นคว้าทดลอง
- (7) การรักษาภาวะมีบุตรยาก
- (8) การตรวจเนื้อเยื่อเพื่อการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ
- (9) การตรวจใด ๆ ที่เกินกว่าความจำเป็นในการรักษาโรคนั้น
- (10) การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ
- (11) การเปลี่ยนเพศ

(12) การผสมเทียม

(13) การบริการระหว่างรักษาตัวแบบพักฟื้น

(14) แวนตา และเลนส์เทียม ยกเว้นการผ่าตัดใส่เลนส์เทียมในลูกตาให้จ่ายเป็นค่าเลนส์เทียมข้างละ 4,000 บาท

-- มีสิทธิรับเงินทดแทนรายได้ 50% ของค่าจ้างตามใบรับรองแพทย์ ครั้งละไม่เกิน 90 วัน ปีหนึ่งไม่เกิน 180 วัน โรคเรื้อรังไม่เกิน 365 วัน โดยต้องใช้สิทธิลาป่วยกับนายจ้าง 30 วันทำงาน/ปี ก่อน

-- มีสิทธิเบิกค่าทันตกรรม ประเภท ถอน อุด หรือขูดหินปูน ได้ครั้งละไม่เกิน 200 บาท ปีละไม่เกิน 400 บาท

-- มีสิทธิเบิกค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ ตามประเภทและอัตราในประกาศฯ

- สิทธิประโยชน์กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน สามารถใช้บริการโรงพยาบาลใดก็ได้ โดยจะจ่ายให้สำหรับค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นภายใน 72 ชั่วโมง (ไม่รวมวันหยุดราชการ) ไม่เกินปีละ 2 ครั้ง โดยจ่ายให้ตามจริงไม่เกินอัตราดังนี้

+ ผู้ป่วยนอก ค่ารักษาพยาบาล ไม่เกิน 300 บาท/ครั้ง

ค่าตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการไม่เกิน 200 บาท/ครั้ง

ค่าหัตถการ จากแพทย์ เช่น ค่าทำแผล เย็บแผล ไม่เกิน 200 บาท/ครั้ง

+ ผู้ป่วยใน ค่ารักษาพยาบาลไม่เกินวันละ 1,500 บาท

ค่าห้อง ค่าอาหาร ไม่เกินวันละ 700 บาท

ค่ารักษาในห้อง ICU ไม่เกินวันละ 2,000 บาท

กรณีผ่าตัดใหญ่ไม่เกิน 2 ชั่วโมง ไม่เกิน 8,000 บาท

กรณีผ่าตัดใหญ่เกิน 2 ชั่วโมง ไม่เกิน 14,000 บาท

กรณีการตรวจรักษาด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง ได้แก่ CT SCAN หรือ MRI จ่ายไม่เกิน 4,000 บาท ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

กรณีต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ภายใน 72 ชั่วโมง ค่าใช้จ่ายในการเคลื่อนย้ายไม่เกิน 500 บาท/ครั้ง สำหรับภายในจังหวัด ถ้าเป็นพาหนะรับจ้าง หรือส่วนบุคคล จ่ายไม่เกิน 300 บาท/ครั้ง กรณีข้ามเขตจังหวัด จ่ายเพิ่มให้กิโลเมตรละ 90 สตางค์

- สิทธิประโยชน์กรณีอุบัติเหตุ กรณีเข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลของรัฐจ่ายเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น สำหรับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นภายใน 72 ชั่วโมง (ไม่รวมวันหยุดราชการ) ไม่จำกัดจำนวนครั้ง กรณีเข้ารับการรักษาโรงพยาบาลเอกชนจะจ่ายให้ตามหลักเกณฑ์เดียวกับกรณีฉุกเฉิน โดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง

หมายเหตุ กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน หมายถึง กรณีเจ็บป่วยซึ่งเกิดขึ้นโดยฉับพลันหรือไม่คาดคิด มีอาการค่อนข้างรุนแรง และต้องการการรักษาที่เร่งด่วน โดยยึดถือความหมายที่ประชาชนทั่วไปเข้าใจเป็นหลัก

กรณีอุบัติเหตุ หมายถึง เหตุที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิดและเป็นผลกระทบจากสภาพแวดล้อมภายนอก

2. กรณีคลอดบุตร

- **การเกิดสิทธิ** ต้องจ่ายเงินสมทบครบ 7 เดือน นับถึงวันคลอดบุตร ภายใน 15 เดือน
- **สิทธิประโยชน์**
 - ผู้ประกันตนหญิง มีสิทธิได้รับค่าคลอดบุตรเหมาจ่ายครั้งละ 4,000 บาท และเงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการคลอดบุตรเหมาจ่ายในอัตราร้อยละ 50 ของค่าจ้างเฉลี่ย เป็นระยะเวลา 90 วัน
 - ผู้ประกันตนชาย มีสิทธิได้รับค่าคลอดบุตร เหมาจ่ายครั้งละ 4,000 บาท ของภรรยาที่จดทะเบียนสมรสหรือของหญิงที่อยู่กินกันฉันสามีภรรยา โดยเปิดเผยแต่ไม่ได้จดทะเบียนสมรส ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับค่าคลอดบุตรคนละ 2 ครั้ง
 - สำหรับกรณีที่สามีและภรรยาต่างเป็นผู้ประกันตนทั้งคู่ แต่ละคนมีสิทธิเบิกค่าคลอดบุตรได้คนละ 2 ครั้ง โดยให้ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งใช้สิทธิต่อการคลอดบุตร 1 ครั้ง

3. กรณีทุพพลภาพ

- **การเกิดสิทธิ** ต้องจ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือน ภายใน 15 เดือน
- **สิทธิประโยชน์**
 - มีสิทธิรับเงินทดแทนการขาดรายได้เดือนละ 50% ของค่าจ้างตลอดชีวิต
 - มีสิทธิรับค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริง เดือนละไม่เกิน 2,000 บาท
 - มีสิทธิเบิกค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ ตามประเภท และอัตราในประกาศ
 - กรณีผู้ทุพพลภาพตาย
 - + ให้จ่ายค่าทำศพ 30,000 บาท แก่ผู้จัดการศพ
 - + ให้จ่ายเงินสงเคราะห์แก่ทายาท
 - ++ สามีหรือภรรยาของเงินทดแทนการขาดรายได้ ถ้าส่งเงินสมทบครบ 36 เดือนขึ้นไปก่อนทุพพลภาพ
 - ++ สิบเท่าของเงินทดแทนการขาดรายได้ ถ้าส่งเงินสมทบครบ 10 ปี ขึ้นไปก่อนทุพพลภาพ

4. กรณีตาย

- การเกิดสิทธิ ต้องจ่ายเงินสมทบครบ 1 เดือน ภายใน 6 เดือน
- สิทธิประโยชน์
 - จ่ายค่าทำศพ 30,000 บาท แก่ผู้จัดการศพ
 - จ่ายเงินสงเคราะห์แก่บุคคลซึ่งผู้ประกันตนทำหนังสือระบุให้รับสิทธิ หรือเฉลี่ยจ่ายให้กับทายาทของผู้ประกันตน ตามระยะเวลาการจ่ายเงินสมทบของผู้ประกันตนก่อนเสียชีวิตดังนี้
 - + หนึ่งเท่าครึ่งของค่าจ้างรายเดือนเฉลี่ยจากค่าจ้าง ที่นำส่งเงินสมทบ 3 เดือนก่อนตาย ถ้าส่งเงินสมทบ 36 เดือนขึ้นไป
 - + ห้าเท่าของค่าจ้างรายเดือนเฉลี่ยจากค่าจ้างที่นำส่งเงินสมทบ 3 เดือนก่อนตาย ถ้าส่งเงินสมทบ 10 ปี ขึ้นไป

5. กรณีสงเคราะห์บุตร

- การเกิดสิทธิ ต้องจ่ายเงินสมทบครบ 12 เดือน ภายใน 36 เดือน และต้องมีสภาพเป็นผู้ประกันตน
- สิทธิประโยชน์
 - มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ เดือนละ 150 บาท ต่อบุตร 1 คน คราวละ 2 คน สำหรับบุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย อายุไม่เกิน 6 ปี บริบูรณ์ ทั้งสามี-ภรรยา ให้ใช้สิทธิเพียงฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง
 - กรณีผู้ประกันตนเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ เงินสงเคราะห์ให้จ่ายแก่คู่สมรสของผู้ประกันตน หรือหากตายทั้งหมดให้จ่ายแก่ผู้อุปการะเลี้ยงดูบุตรของผู้ประกันตนแล้วแต่กรณี โดยจ่ายจนบุตรอายุครบ 6 ปีบริบูรณ์

6. กรณีชราภาพ

- การเกิดสิทธิ ต้องจ่ายเงินสมทบครบ 180 เดือน ต้องมีอายุ 55 ปี และต้องสิ้นสภาพการเป็นผู้ประกันตน
- สิทธิประโยชน์
 - มีสิทธิรับบำนาญรายเดือนตลอดชีพ เดือนละ 15% ของค่าจ้างเฉลี่ยจาก 60 เดือนสุดท้ายที่นำส่งเงินสมทบ และบวกเพิ่มปีละ 1% ตามจำนวนปีที่จ่ายเงินสมทบเกินกว่า 180 เดือน) หากรับบำนาญแล้วเสียชีวิตภายใน 60 เดือน ให้ทายาทเป็นผู้รับเงินบำนาญ 10 เท่าของบำนาญ
 - กรณีสิ้นสภาพการเป็นผู้ประกันตนแต่จ่ายเงินสมทบไม่ครบ 180 เดือน และมีอายุ 55 ปีขึ้นไป ให้มีสิทธิรับบำนาญ ดังนี้

- + จ่ายเงินสมทบต่ำกว่า 12 เดือน รับคืนในส่วนเงินสมทบของผู้ประกันตน
- + จ่ายเงินสมทบตั้งแต่ 12 เดือน รับคืนในส่วนเงินสมทบของผู้ประกันตน + นายจ้าง + ผลประโยชน์ตอบแทน
- + ถ้าเสียชีวิตก่อนอายุ 55 ปี ให้ทายาทเป็นผู้รับบำเหน็จ

กองทุนเงินทดแทน

กองทุนเงินทดแทนจะให้ความคุ้มครองและหลักประกันแก่ ลูกจ้างที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย อันเนื่องมาจากการทำงาน โดยกำหนดไว้ดังนี้

- การเกิดสิทธิ ต้องเป็นลูกจ้างของนายจ้างผู้มีหน้าที่จ่ายเงินสมทบ
- สิทธิประโยชน์

(1) กรณีเจ็บป่วยหรือประสบอันตราย

- ให้สิทธิรับค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น ไม่เกิน 35,000 บาท ต่อการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย 1 ครั้ง แต่ถ้าเป็นการประสบอันตรายที่รุนแรงหรือเรื้อรัง ให้รับค่ารักษาพยาบาลที่จ่ายจริงตามจำนวนเพิ่มได้อีกไม่เกิน 50,000 บาท

- ให้ค่าทดแทนรายเดือน กรณีไม่สามารถทำงานได้ ต้องหยุดพักรักษาตัวเกิน 3 วัน ขึ้นไป ในอัตราร้อยละ 60 ของค่าจ้างรายเดือน โดยไม่น้อยกว่าเดือนละ 2,000 บาท แต่ไม่เกินเดือนละ 9,000 บาท

(2) กรณีสูญเสียอวัยวะ

- ให้ค่าฟื้นฟูด้านการแพทย์และอาชีพไม่เกิน 20,000 บาท และค่าผ่าตัดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพไม่เกิน 20,000 บาท

- ให้ค่าทดแทนรายเดือนร้อยละ 60 ของค่าจ้างรายเดือนไม่เกิน 10 ปี ตามประเภทของอวัยวะ

(3) กรณีทุพพลภาพ

- ให้ค่าทดแทนรายเดือนร้อยละ 60 ของค่าจ้างรายเดือนไม่เกิน 15 ปี

(4) กรณีตายหรือสูญหาย

- ให้ค่าทำศพ 100 เท่า ของอัตราสูงสุดของค่าจ้างขั้นต่ำรายวัน

- ให้ค่าทดแทนแก่ทายาทร้อยละ 60 ของค่าจ้างรายเดือนไม่เกิน 8 ปี

ลำดับการเปลี่ยนแปลงสิทธิที่ให้แก่ผู้ประกันตน ของกองทุนประกันสังคม ช่วงปี 2534-2544

ประเภท	ประโยชน์ทดแทนที่จ่าย	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544
1.เจ็บป่วย	(1) ค่ารักษาเหมาจ่าย (บาท/คน/ปี)	700	700	700	700	700	800	800	(900, 1000)	(900, 1000)	1,100	1,100
	+ เงินเพิ่มตามอัตราการใช้บริการ	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100
	(2) ค่ารักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ											
	2.1 การทำไตเทียมแบบล้างโลหิต	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000	-	-	-	-	-	-
	ในกรณีไตวายเฉียบพลันที่มีระยะการรักษาไม่เกิน 60 วัน											
	+ การฟอกโลหิต (บาท/ครั้ง)	-	-	-	-	-	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000
	+ การล้างไตทางช่องท้อง (บาท/วัน)	-	-	-	-	-	500	500	500	500	500	500
	2.2 การให้เคมีบำบัดและหรือรังสี รักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง	12,000	12,000	12,000	20,000	20,000	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000
	(บาท/ปี)											
	2.3 การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (บาท/ราย)	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000
	2.4 การผ่าตัดใส่อวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์ในร่างกายซึ่งจ่ายเป็น	บัญชี		บัญชี			บัญชี					
	ค่าวัสดุ	แนบท้าย		แนบท้าย			แนบท้าย					
	2.5 การผ่าตัดสมองในกรณี (บาท/ราย)											
	+ ผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ เพื่อรักษาโรคเกี่ยวกับเยื่อหุ้มสมอง	-	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000
	หรือสมองและมีโรคแทรกซ้อน หรือ											
	+ ผ่าตัดดึงในเนื้อสมอง และผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัวนานเกิน 15 วัน	-	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000
	+ ผ่าตัดเกี่ยวกับหลอดเลือดในสมองและต้องใช้อุปกรณ์พิเศษ	-	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000
	+ ผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ เพื่อรักษาโรคเกี่ยวกับ	-	-	-	-	-	15,000	15,000	15,000	15,000	15,000	15,000
	เยื่อหุ้มสมอง ยกเว้นการเจาะรูกะโหลกศีรษะ											
	2.6 การผ่าตัดหัวใจในโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (บาท/ราย)	-	-	-	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000
	2.7 การรักษาโรคลิ้นหัวใจโดยใช้สายบอลลูนผ่านทางผิวหนัง	-	-	-	15,000	15,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000
	(บาท/ราย)											

ประเภท	ประโยชน์ทดแทนที่จ่าย	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544
2.8	การรักษาผู้ประกันตนที่ป่วยด้วยโรคเอดส์และมีภาวะแทรกซ้อนของโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา (บาท/ราย)	-	-	-	15,000	15,000	-	-	-	-	-	-
2.9	ค่ายาในการรักษาผู้ประกันตนที่ป่วยด้วยโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา (บาท/ราย)	-	-	-	-	-	15,000	15,000	15,000	15,000	15,000	15,000
2.10	การขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใช้บอลลูน หรือการแก้ไขการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจด้วยหัตถการ (ไม่เกิน 2 ครั้ง) (บาท/ครั้ง)	-	-	-	-	-	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000
(3)	ค่าทำหมัน (บาท/ราย) + ชาย	200	200	200	200	200	500	500	500	500	500	500
	+ หญิง	400	400	400	400	400	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
(4)	ค่ารักษากรณีฉุกเฉิน											
4.1	โรงพยาบาลในโครงการ											
+	ป่วยนอก	40/ครั้ง->75/ครั้ง	100/ครั้ง	200/ครั้ง	200/ครั้ง	-	-	-	-	-	-	-
		80/ครั้ง->150/ครั้ง	200/ปี	400/ปี	400/ปี	-	-	-	-	-	-	-
+	ป่วยใน	500/ครั้ง 1,000/ปี	800/ครั้ง	1,600/ครั้ง	1,600/ครั้ง	-	-	-	-	-	-	-
			1,600/ปี	3,200/ปี	3,200/ปี	-	-	-	-	-	-	-
+	ผ่าตัด	6,000/ครั้ง	6,000/ครั้ง	10,000/ปี	10,000/ปี	-	-	-	-	-	-	-
4.2	โรงพยาบาลนอกโครงการ											
+	ป่วยนอก	20/ครั้ง 40/ปี				-	-	-	-	-	-	-
+	ป่วยใน	250/ครั้ง 500/ปี				-	-	-	-	-	-	-
+	ผ่าตัด	3,000/ครั้ง				-	-	-	-	-	-	-
(5)	กรณีฉุกเฉิน (ปรับปรุงใหม่)											
	(คุ้มครองค่ารักษาใน 72 ชั่วโมงแรก โรงพยาบาลใดก็ได้)											
5.1	ป่วยนอก											
+	ค่ารักษา (บาท/ครั้ง)	-	-	-	-	200	200	200	300	300	300	300
+	ค่าตรวจวิเคราะห์ (บาท/ครั้ง)	-	-	-	-	150	150	150	200	200	200	200
+	ค่าหัตถการ (บาท/ครั้ง)	-	-	-	-	150	150	150	200	200	200	200

ประเภท	ประโยชน์ทดแทนที่จ่าย	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544
5.2 ป่วยใน												
	+ ค่ารักษา (บาท/วัน)	-	-	-	-	1,200	1,200	1,200	1,500	1,500	1,500	1,500
	+ ค่าห้อง/ค่าอาหาร (บาท/วัน)	-	-	-	-	700	700	700	700	700	700	700
	+ ค่าห้อง ICU (บาท/วัน)	-	-	-	-	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000
	+ ผ่าตัดใหญ่ไม่เกิน 2 ชั่วโมง (บาท/ครั้ง)	-	-	-	-	6,000	6,000	6,000	8,000	8,000	8,000	8,000
	+ ผ่าตัดใหญ่เกิน 2 ชั่วโมง (บาท/ครั้ง)	-	-	-	-	10,000	10,000	10,000	14,000	14,000	14,000	14,000
	+ ค่ารักษาด้วย CT SCAN หรือ MRI (บาท/ครั้ง)	-	-	-	-	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000
	+ ค่าพาหนะส่งต่อป่วย											
	- รถพยาบาล (บาท/ครั้ง)	-	-	-	-	500	500	500	500	500	500	500
	- รถยนต์ส่วนบุคคล (บาท/ครั้ง)	-	-	-	-	300	300	300	300	300	300	300
	- เงินเพิ่มกรณีสถานพยาบาลอยู่ในเขตท้องที่จังหวัดอื่น (บาท/กม.)	-	-	-	-	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9
(6) กรณีอุบัติเหตุ												
(คุ้มครองค่ารักษาใน 72 ชั่วโมงแรก)												
6.1	โรงพยาบาลรัฐ	-	-	เท่าที่จ่ายจริง		เท่าที่จ่ายจริง	เท่าที่จ่าย	เท่าที่จ่าย	เท่าที่จ่าย	เท่าที่จ่ายจริง	เท่าที่จ่าย	เท่าที่จ่าย
6.2	โรงพยาบาลเอกชน	-	-	ไม่เกิน 10,000		ไม่เกิน 10,000	จริง	จริง	จริง	จริง	จริง	จริง
* ป่วยนอก												
	+ ค่ารักษา (บาท/ครั้ง)	-	-	-	-	200	200	200	300	300	300	300
	+ ค่าตรวจวิเคราะห์ (บาท/ครั้ง)	-	-	-	-	150	150	150	200	200	200	200
	+ ค่าหัตถการ (บาท/ครั้ง)	-	-	-	-	150	150	150	200	200	200	200
* ป่วยใน												
	+ ค่ารักษา (บาท/วัน)	-	-	-	-	1,200	1,200	1,200	1,500	1,500	1,500	1,500
	+ ค่าห้อง/ค่าอาหาร (บาท/วัน)	-	-	-	-	700	700	700	700	700	700	700
	+ ค่าห้อง ICU (บาท/วัน)	-	-	-	-	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000
	+ ผ่าตัดใหญ่ไม่เกิน 2 ชั่วโมง (บาท/วัน)	-	-	-	-	6,000	6,000	6,000	8,000	8,000	8,000	8,000
	+ ผ่าตัดใหญ่เกิน 2 ชั่วโมง (บาท/วัน)	-	-	-	-	10,000	10,000	10,000	14,000	14,000	14,000	14,000
	+ ค่ารักษาด้วย CT SCAN หรือ MRI (บาท/ครั้ง)	-	-	-	-	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000

ประเภท	ประโยชน์ทดแทนที่จ่าย	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544
	+ ค่าพาหนะส่งต่อผู้ป่วย											
	- รถพยาบาล (บาท/ครั้ง)	-	-	-	-	500	500	500	500	500	500	500
	- รถยนต์ส่วนบุคคล (บาท/ครั้ง)	-	-	-	-	300	300	300	300	300	300	300
	- เงินเพิ่มกรณีสถานพยาบาลอยู่ในเขตท้องที่จังหวัดอื่น (บาท/กม.)	-	-	-	-	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9
	(7) การผ่าตัดใส่เลนส์เทียมของลูกตา (บาท/ข้าง)	-	-	-	3,000	3,000	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000
	(8) ทันตกรรม (บาท/ครั้ง)	-	-	-	-	-	-	200	200	200	200	200
	(บาท/ปี)							400	400	400	400	400
	(9) การปลูกถ่ายไขกระดูก (เหมาจ่ายให้โรงพยาบาล) (บาท/ราย)	-	-	-	-	-	-	600,000	600,000	750,000	750,000	750,000
	(10) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องฟอกเลือดสัปดาห์ละไม่ต่ำกว่า 2 ครั้ง (สำนักงานจ่ายให้สถานพยาบาลในความตกลง	-	-	-	-	-	-	-	-	<= 1,500 บาท/ครั้ง	<= 1,500 บาท/ครั้ง	<= 1,500 บาท/ครั้ง
										<= 3,000 บาท/สัปดาห์	<= 3,000 บาท/สัปดาห์	<= 3,000 บาท/สัปดาห์
	(11) ค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยง (DRGs)											
	- ผู้ป่วยนอก บัญชีโรคเรื้อรัง 8 โรค											150 บาท ตามภาระ เสี่ยง
	- ผู้ป่วยใน บัญชีรายการกลุ่มโรค											
	(12) เงินทดแทนการขาดรายได้ (% ของค่าจ้าง)	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%
2. คลอดบุตร	(1) ค่าคลอดเหมาจ่าย (บาท/ครั้ง)	2,500	3,000	3,000	3,000	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000
	(2) เงินทดแทนการขาดรายได้ 50% ของค่าจ้าง	<= 60 วัน	<= 60 วัน	<= 60 วัน	<= 60 วัน	เหมาจ่าย 45 วัน	เหมาจ่าย 45 วัน	เหมาจ่าย 45 วัน	เหมาจ่าย 45 วัน	เหมาจ่าย 45 วัน	เหมาจ่าย 45 วัน	เหมาจ่าย 45 วัน

ประเภท	ประโยชน์ทดแทนที่จ่าย	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544
3. ทุพพลภาพ	(1) ค่ารักษาไม่เกิน (บาท/เดือน)	1,000	1,000	1,000	1,000	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000
	(2) เงินทดแทนการขาดรายได้ 50% ของค่าจ้าง	<=15 ปี	<=15 ปี	<=15 ปี	<=15 ปี	ตลอดชีวิต	ตลอดชีวิต	ตลอดชีวิต	ตลอดชีวิต	ตลอดชีวิต	ตลอดชีวิต	ตลอดชีวิต
	(3) ค่าทำศพ (บาท/ราย)	-	-	-	-	20,000	20,000	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000
	(4) เงินสงเคราะห์ทายาท											
	+ จ่ายเงินสมทบ >= 10 ปี	-	-	-	-	5 เท่าของ ค่าจ้าง 1 เดือน	5 เท่าของ ค่าจ้าง 1 เดือน	5 เท่าของ ค่าจ้าง 1 เดือน	5 เท่าของ ค่าจ้าง 1 เดือน	5 เท่าของ ค่าจ้าง 1 เดือน	5 เท่าของ ค่าจ้าง 1 เดือน	5 เท่าของ ค่าจ้าง 1 เดือน
	+ จ่ายเงินสมทบ 3-9 ปี	-	-	-	-	ค่าจ้าง 1.5 เดือน	ค่าจ้าง 1.5 เดือน	ค่าจ้าง 1.5 เดือน	ค่าจ้าง 1.5 เดือน	ค่าจ้าง 1.5 เดือน	ค่าจ้าง 1.5 เดือน	ค่าจ้าง 1.5 เดือน
4. ตาย	(1) ค่าทำศพ (บาท/ราย)	10,000	11,500	12,500	13,200	20,000	20,000	20,000	20,000	30,000	30,000	30,000
					▼ 13,500							
	(2) เงินสงเคราะห์ทายาท											
	+ จ่ายเงินสมทบ >= ปี	-	-	-	-	5 เท่าของ ค่าจ้าง 1 เดือน	5 เท่าของ ค่าจ้าง 1 เดือน	5 เท่าของ ค่าจ้าง 1 เดือน	5 เท่าของ ค่าจ้าง 1 เดือน	5 เท่าของ ค่าจ้าง 1 เดือน	5 เท่าของ ค่าจ้าง 1 เดือน	5 เท่าของ ค่าจ้าง 1 เดือน
	+ จ่ายเงินสมทบ 3-9 ปี	-	-	-	-	ค่าจ้าง 1.5 เดือน	ค่าจ้าง 1.5 เดือน	ค่าจ้าง 1.5 เดือน	ค่าจ้าง 1.5 เดือน	ค่าจ้าง 1.5 เดือน	ค่าจ้าง 1.5 เดือน	ค่าจ้าง 1.5 เดือน
5. สงเคราะห์บุตร	(1) เงินสงเคราะห์บุตร (บาท/ราย)	-	-	-	-	-	-	-	-	150/ราย	150/ราย	150/ราย

ประเภท	ประโยชน์ทดแทนที่จ่าย	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544
--------	----------------------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

6. ชราภาพ	กรณีอายุ 55 ปี และความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดลง											
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(1) บำเหน็จชราภาพ

+ จ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 12 เดือน แต่ไม่เกิน 180 เดือน

-	-	-	-	-	-	-	-	-	เงินสมทบ ของนายจ้าง ลูกจ้าง และ ผลตอบแทน	เงินสมทบ ของนายจ้าง ลูกจ้าง และ ผลตอบแทน	เงินสมทบ ของนายจ้าง ลูกจ้าง และ ผลตอบแทน	เงินสมทบ ของนายจ้าง ลูกจ้าง และ ผลตอบแทน
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

+ จ่ายเงินสมทบไม่ถึง 12 เดือน

-	-	-	-	-	-	-	-	-	เงินสมทบ ของลูกจ้าง	เงินสมทบ ของลูกจ้าง	เงินสมทบ ของลูกจ้าง	เงินสมทบ ของลูกจ้าง
---	---	---	---	---	---	---	---	---	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------

(2) บำนาญชราภาพ

+ จ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 180 เดือน

-	-	-	-	-	-	-	-	-	15% ของค่า จ้างเฉลี่ย 60 เดือนสุดท้าย และ 1% ใน ทุก ๆ 12 เดือนที่จ่าย เงินสมทบ เกิน 180 เดือน	15% ของ ค่าจ้างเฉลี่ย 60 เดือนสุดท้าย และ 1% ใน ทุก ๆ 12 เดือนที่ จ่ายเงินสม ทบเกิน 180 เดือน	15% ของ ค่าจ้างเฉลี่ย 60 เดือนสุดท้าย และ 1% ใน ทุก ๆ 12 เดือนที่ จ่ายเงินสม ทบเกิน 180 เดือน	15% ของ ค่าจ้าง เฉลี่ย 60 เดือนสุดท้าย และ 1% ใน ทุก ๆ 12 เดือนที่ จ่ายเงิน สมทบเกิน 180 เดือน
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

กรณีตายก่อนอายุ 55 ปี

บำเหน็จชราภาพ

+ จ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 12 เดือน

-	-	-	-	-	-	-	-	-	เงินสมทบ ของนายจ้าง	เงินสมทบ ของนาย	เงินสมทบ ของนาย	เงินสมทบ ของนาย
---	---	---	---	---	---	---	---	---	------------------------	--------------------	--------------------	--------------------

ประเภท	ประโยชน์ทดแทนที่จ่าย	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544
	แต่ไม่ถึง 180 เดือน								ของนายจ้าง ลูกจ้างและ ผลตอบแทน เงินสมทบ ของลูกจ้าง	ของนาย จ้าง ลูกจ้าง และผล ตอบแทน เงินสมทบ ของลูกจ้าง	ของนาย จ้าง ลูกจ้าง และผล ตอบแทน เงินสมทบ ของลูกจ้าง	ของนาย จ้าง ลูกจ้าง และผล ตอบแทน เงินสมทบ ของลูกจ้าง
	+ จ่ายเงินสมทบไม่ถึง 12 เดือน	-	-	-	-	-	-	-				
	กรณีตายภายใน 60 เดือนหลังรับบำนาญชราภาพ											
	+ บำเหน็จชราภาพ	-	-	-	-	-	-	-	10 เท่าของ บำนาญชรา ภาพ	10 เท่าของ บำนาญ ชราภาพ	10 เท่าของ บำนาญ ชราภาพ	10 เท่าของ บำนาญ ชราภาพ

ที่มา : สำนักงานประกันสังคม

ภาคผนวก ข
ประกาศสำนักงานประกันสังคม
เรื่อง กำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน⁴⁷

ด้วยคณะกรรมการการแพทย์ได้มีมติในการประชุมครั้งที่ 5/2538 เมื่อวันที่ 14 มีนาคม พ.ศ. 2538 กำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมจะใช้เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาประกาศเป็นสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคมที่ผู้ประกันตนไปรับบริการทางการแพทย์ และคณะกรรมการประกันสังคมในการประชุมครั้งที่ 6/2538 เมื่อวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2538 ได้มีมติให้ความเห็นชอบด้วยแล้ว

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 15 (1) และมาตรา 19 (1) แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 สำนักงานประกันสังคมจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน”

ข้อ 2 ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน ลงวันที่ 25 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2534

ข้อ 3 ในประกาศนี้

“สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

“สิ้นสุดการรักษา” หมายความว่า ความจำเป็นที่จะได้รับการดูแลรักษาพยาบาลของแพทย์ และพยาบาลสิ้นสุดลงตามหลักวิชาการทางการแพทย์

ข้อ 4 หลักเกณฑ์และมาตรฐานของสถานพยาบาลที่จะเข้าเป็นสถานพยาบาลประกันสังคมในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ให้เป็นไปดังนี้

4.1 เป็นสถานพยาบาลที่มีขนาดไม่น้อยกว่าหนึ่งร้อยเตียง และมีการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้ประกันตนได้รับความสะดวกในการไปเข้ารับบริการทางการแพทย์

⁴⁷ อ้างใน ชลอลักษณ์ (2543)

4.2 เป็นสถานพยาบาลที่ได้มาตรฐานของสถานพยาบาลเอกชนกำหนดมาตรฐาน
ของสถานพยาบาลแนบท้ายประกาศนี้

4.3 เป็นสถานพยาบาลที่มีบริการส่งตัวผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการทางการแพทย์จนสิ้นสุดการรักษา

4.4 เป็นสถานพยาบาลที่จัดให้มีบริการทางการแพทย์ตั้งแต่สิบสองสาขาหลักขึ้นไป คือ

- (1) อายุรกรรมทั่วไป
- (2) ศัลยกรรมทั่วไป
- (3) สูติ-นรีเวชกรรม
- (4) กุมารเวชกรรม
- (5) ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์
- (6) จักษุวิทยา
- (7) โสต นาสิก ลาริงซ์
- (8) รังสีวิทยา
- (9) วิสัญญีวิทยา
- (10) นิติเวชกรรม
- (11) เวชกรรมป้องกัน
- (12) ยูโรวิทยา หรือศจวิทยา

ข้อ 5 กรณีที่สถานพยาบาลที่สมัครเข้าเป็นสถานพยาบาลประกันสังคมในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 มีคุณสมบัติไม่ครบถ้วนตามที่กำหนดไว้ในข้อ 4.1 ข้อ 4.2 และข้อ 4.4 ของข้อ 4 แห่งประกาศนี้ ให้สำนักงานประกันสังคมมีอำนาจพิจารณาตามคำแนะนำของคณะกรรมการการแพทย์

ข้อ 6 ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับสำหรับสถานพยาบาลที่จะเข้าเป็นสถานพยาบาลประกันสังคมในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ตั้งแต่วันที่ พ.ศ. 2539 เป็นต้นไป

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ 11 เมษายน พ.ศ. 2538

จำลอง ศรีประสาธน์

(นายจำลอง ศรีประสาธน์)

เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

**เอกสารกำหนดมาตรฐาน
ของสถานพยาบาลแนบท้ายประกาศ**

มาตรฐานทั่วไป

1 มีอาคารสถานที่อุปกรณ์ที่เหมาะสมในการบริการทางการแพทย์และการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมแก่ชุมชน

1.1 มีสถานที่ที่สอดคล้องและเหมาะสมกับการบริการทางการแพทย์

1.1.1 มีสถานที่อำนวยความสะดวกและส่งเสริมความปลอดภัยในการบริการผู้ป่วย เช่น ที่จอดรถสำหรับผู้ป่วยไปสู่อุบัติเหตุและห้องพัก ช่องทางหนีไฟสำหรับผู้ป่วย เป็นต้น

1.1.2 มีความสะอาดของสถานที่ มีน้ำสะอาดสำหรับบริโภคและอุปโภคอย่างเพียงพอ

1.1.3 มีระบบไฟสำรองฉุกเฉิน

1.1.4 มีเครื่องดับเพลิงที่ใช้การได้

1.2 มีการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม

1.2.1 มีระบบหรือวิธีการจัดขยะ (ทั้งประเภทติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ ที่ถูกสุขลักษณะ)

1.2.2 มีระบบบำบัดน้ำเสีย

2 มีเจ้าหน้าที่เพียงพอทั้งในด้านจำนวนและคุณภาพ

2.1 แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ต้องมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

2.2 ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ต้องเป็นสมาชิกของชมรมหรือสมาคมวิชาชีพ หรือราชวิทยาลัย ที่ได้รับการฝึกจากองค์กรที่ควบคุมวิชาชีพนั้นๆ

2.3 มีจำนวนแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ไม่น้อยกว่าที่กำหนดในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล

มาตรฐานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน

1 มีความพร้อมของอาคารสถานที่และเครื่องมืออุปกรณ์ รวมทั้งยานพาหนะสำหรับส่งผู้ป่วย

1.1 สถานที่มีความเหมาะสมและเห็นได้ง่าย

1.1.1 อย่างน้อยรับผู้ป่วยได้ไม่น้อยกว่า 2 เตียง

1.1.2 มองเห็นได้ง่ายทั้งจากภายนอกและภายในอาคาร โดยมีเครื่องหมายแสดงอย่างชัดเจน

1.1.3 รถพยาบาลเข้าถึงได้โดยสะดวก ทั้งรับและส่งต่อผู้ป่วย ประตูอาคารกว้างมากพอสำหรับเข็นผู้ป่วย

1.1.4 มีการรักษาความสะอาดและมีระบบถ่ายเทอากาศที่ถูกต้องลักษณะ

1.2 มีความพร้อมในด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับให้บริการ และมีความพร้อมที่จะใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2.1 สำหรับบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่จำเป็น เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยในกรณีต่างๆ เช่น CARDIAC ARREST, IMPAIRED AIRWAY, BURN, ACCIDENT, POISONING, SHOCK, HEMORRHAGE, CARDIAC ARRHYTHMIA, CONVULSIVE DISORDER, OTHER EMERGENCY MEDICAL CASES ซึ่งมีครุภัณฑ์ที่จำเป็น ได้แก่

1.2.1.1 เครื่องให้ออกซิเจน

1.2.1.2 เครื่องดูดเสมหะ

1.2.1.3 เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

1.2.1.4 เครื่องกระตุ้นหัวใจ (DEFIBRILLATOR)

1.2.1.5 คอมพิวเตอร์และเตียงผ่าตัดฉุกเฉิน

1.2.2 มีชุดเครื่องมือที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติการทางเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ได้แก่ ชุด SUTURE, DIAGNOSTIC LAVAGE, VENESECTOMY, TRACHEOSTOMY, CHEST DRAIN

1.2.3 มีรถเข็นพื้นซีพผู้ป่วย (EMERGENCY CART) ซึ่งบรรจุเครื่องมืออุปกรณ์และยาที่สามารถใช้ปฏิบัติงานได้ทันที

1.3 มีรถพยาบาลที่พร้อมที่จะรับ-ส่งผู้ป่วยหนัก

1.3.1 รถอยู่ในสภาพดีพร้อมใช้งานอย่างน้อย 1 คัน พร้อมคนขับ

1.3.2 มีอุปกรณ์ครบถ้วนและพร้อมที่จะปฏิบัติงานที่จำเป็น ได้แก่ SUCTION, AMBU BAG, ENDOTRACHEAL TUBE, OXYGEN, LARYNGOSCOPE, MOUTH GAG

1.3.3 มีเจ้าหน้าที่ที่ศักยภาพที่พร้อมจะปฏิบัติงานประจำตลอดเวลาทำการ

2 มีกำลังคนด้านการแพทย์ที่พร้อมจะปฏิบัติงานทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ

2.1 มีแพทย์ประจำตลอด 24 ชั่วโมง 1 คน

2.2 มีพยาบาลอย่างน้อย 2 คน ในแต่ละเวร ตลอด 24 ชั่วโมง และอย่างน้อย 1 คน ต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพ

2.3 เจ้าหน้าที่ทุกคนมีความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพและได้รับการฟื้นฟูความรู้อย่างสม่ำเสมอ

มาตรฐานบริการผู้ป่วยนอก

1 มีอาคารสถานที่ที่เหมาะสมและสะดวกสำหรับผู้รับบริการ

1.1 ห้องตรวจ

1.1.1 จำนวนห้องตรวจเหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วย

1.1.2 ทางเข้าห้องตรวจกว้างพอสำหรับรถนั่งหรือรถเข็นผู้ป่วยผ่านได้สะดวก

1.2 เครื่องหมาย

1.2.1 มีป้ายบอกชื่อหน่วยบริการชัดเจนและมีขนาดที่มองเห็นได้จากระยะที่สมควร

1.2.2 มีเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่

2 มีระบบบริหารและบริการที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพโดยระยะเวลาที่ใช้สำหรับการรอคอย การพบแพทย์และอื่นๆ ต้องไม่นานเกินควร

2.1 เวลาที่ต้องใช้ในการลงทะเบียนและทำบัตรผู้ป่วยไม่เกิน 30 นาที

2.2 ระยะเวลาตรวจโรคไม่เกิน 1 ชั่วโมง

2.3 ระยะเวลาอธิบายและชำระเงิน ไม่เกิน 30 นาที

2.4 เวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยพบแพทย์ในการตรวจไม่ต่ำกว่าคนละ 5 นาที

2.5 ระยะเวลาที่ใช้ในการรับบริการทั้งหมดไม่เกิน 3 ชั่วโมง ในกรณีการตรวจทั่วไป

มาตรฐานเวชระเบียน

1 มีอาคารสถานที่และอุปกรณ์ที่เหมาะสมและพร้อมสำหรับบริการ

1.1 สถานที่เก็บเวชระเบียนเป็นสัดส่วน ไม่เสี่ยงต่ออันตรายจากสัตว์ หรือปัจจัยทางกายภาพ

1.2 มีพื้นที่เพียงพอที่จะเก็บเวชระเบียนได้อย่างน้อย 5 ปี

2 มีเจ้าหน้าที่ที่มีคุณภาพในจำนวนที่เหมาะสม

เจ้าหน้าที่มีความรู้และทักษะในการจัดเก็บเวชระเบียนและควรมีการบันทึกโรค

3 มีระบบเวชระเบียนที่เหมาะสมและสามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.1 มีความสมบูรณ์ของข้อมูลที่บันทึกในเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยใน ได้แก่

3.1.1 ข้อมูลประจำตัวผู้ป่วย

3.1.2 บันทึกการตรวจร่างกาย

3.1.3 การวินิจฉัยโรคและการสั่งการรักษา

3.1.4 รายงานสิ่งตรวจพบ

3.1.4.1 รายงานสิ่งตรวจพบจากการตรวจวินิจฉัยโรคและการรักษาจะต้องได้รับการบันทึกไว้ในเวชระเบียน

3.1.4.2 รายงานการผ่าตัดต้องประกอบด้วย สิ่งที่พบ เทคนิคการผ่าตัดชิ้นเนื้อที่ถูกตัดออกมาและการวินิจฉัยโรคหลังการผ่าตัด

3.1.5 รายงานสรุป

3.1.5.1 มีการสรุปรายงานภายในระยะเวลาที่เหมาะสม

3.1.5.2 การวินิจฉัยโรคแรกรับและวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้าย

3.1.5.3 เหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล

3.1.5.4 แผนการรักษาผู้ป่วยหลังจากการจำหน่าย

3.2 ข้อมูลที่บันทึกในเวชระเบียนมีเพียงพอที่จะอธิบายเหตุผลในการสั่งการรักษาของแพทย์ทราบความเปลี่ยนแปลงทางทางคลินิกที่สำคัญของผู้ป่วยและแพทย์ผู้อื่นสามารถให้การรักษต่อได้

3.2.1 คำสั่งการรักษาเหมาะสม

3.2.2 มีบันทึกการเปลี่ยนแปลงสม่ำเสมอ

3.2.3 มีบันทึกการวินิจฉัยโรคที่ปรับปรุงตลอดเวลาเมื่อมีข้อมูลใหม่เพิ่มเติม

3.2.4 แพทย์ผู้อื่นสามารถให้การรักษต่อได้

3.2.5 แพทย์ที่ได้รับการปรึกษาจะต้องบันทึกคำให้การปรึกษาเป็นลายลักษณ์อักษร

3.3 มีระบบการจัดเก็บและการค้นหาเวชระเบียนที่เหมาะสมและการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาการให้บริการ

3.3.1.1 ระบบการจัดเก็บและการค้นหาเวชระเบียน

3.3.1.2 สามารถค้นหาเวชระเบียนผู้ป่วยนอกโดยใช้ชื่อหรือเลขประจำตัวผู้ป่วยได้ภายใน 15 นาที

3.3.1.3 สามารถค้นหาเวชระเบียนผู้ป่วยในโดยใช้ชื่อเลขประจำตัวผู้ป่วยได้ภายใน 30 นาที

3.3.1.4 สามารถค้นพบเวชระเบียนผู้ป่วยทั้งนอกและในไม่น้อยกว่า 80%

3.3.2 การบันทึกสรุปและวิเคราะห์ข้อมูล

3.3.2.1 มีการเก็บบันทึกสรุปผู้ป่วยใน

3.3.2.2 มีการจัดทำระเบียบผู้ป่วยเสียชีวิตพร้อมการวินิจฉัยโรค

3.3.2.3 มีการจัดทำรายงานต่อไปนี้

ก. จำนวนผู้ป่วยรับใหม่และจำหน่ายของแต่ละงานคลินิกบริการ

ข. จำนวนผู้ป่วยตามการวินิจฉัยโรคหรือกลุ่มโรค

ค. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดประเภทต่างๆ

ง. ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลตามการวินิจฉัยโรค

3.4 มีการออกไปส่งตัวเมื่อผู้ป่วยต้องไปรักษาต่อที่อื่นโดยมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการรักษา

ต่อ

มาตรฐานบริการผู้ป่วยใน

1 มีอาคารหอผู้ป่วยและอุปกรณ์ประจำตึกพร้อมที่จะให้บริการผู้ป่วยในได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.1 มีพื้นที่เพียงพอและได้สัดส่วนกับจำนวนเตียง ระยะห่างระหว่างเตียง ไม่น้อยกว่า 1 เมตร ระยะห่างระหว่างท้ายเตียงไม่น้อยกว่า 2.5 เมตร

1.2 ห้องน้ำห้องส้วมได้สัดส่วนกับจำนวนเตียง (อย่างน้อยห้องส้วม 1 ห้อง ต่อเตียงผู้ป่วย 6 เตียง)

1.3 มีอ่างล้างมือที่สะดวกในการใช้

1.4 มีโครงสร้างความปลอดภัยสำหรับตึกสูงตั้งแต่ 3 ชั้นขึ้นไป ตัวอาคารจะต้องมีบันไดหนีไฟ ลิฟท์ หรือทางลาด

1.5 มี OXYGEN SUPPLY และเครื่อง SUCTION สำหรับใช้กรณีที่จำเป็น

1.6 มีอุปกรณ์สำหรับขอความช่วยเหลือจากพยาบาลทุกเตียง เช่น กริ่งกดเรียกและความมีสัญญาณทั้งระบบเสียงและแสงตรงหน้าที่ทำการพยาบาล

1.7 มีม่านกันเป็นสัดส่วนระหว่างเตียง

1.8 จำนวนเตียงไม่มากกว่า 35 เตียง สำหรับห้องรวมทั่วไป

1.9 มีระบบรักษาความสะอาด ระบบถ่ายเทอากาศ ระบบแสงสว่าง และมีเครื่องมือดับเพลิง

1.10 มีห้องรักษาพยาบาล (TREATMENT ROOM)

1.11 มีห้อง NURSE STATION

1.12 มีรถพร้อมอุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉินประจำหอผู้ป่วย (EMERGENCY CART)

2 มีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความสามารถในจำนวนที่เหมาะสมไว้บริการผู้ป่วยใน

2.1 แพทย์เวรอย่างน้อย 1 คน

2.2 พยาบาลที่ปฏิบัติงานให้บริการผู้ป่วยใน พยาบาลและพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ต่อเตียง = 1 : 8 สำหรับแต่ละเวร และแต่ละเวรจะต้องมีพยาบาลวิชาชีพ 1 คน (หรือคิดเป็นสัดส่วน 1 คน : เตียง)

มาตรฐานบริการผู้ป่วยหนัก

1 มีความพร้อมของอาคารสถานที่และเครื่องมืออุปกรณ์

- 1.1 เป็นสถานที่ที่แยกจากหน่วยงานอื่น มีระบบป้องกันการติดเชื้อ
- 1.2 จำนวนเตียง ICU ได้สัดส่วนกับจำนวนเตียงของโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ต่อ 50 และไม่น้อยกว่า 4 เตียง
- 1.3 มีเครื่องมืออุปกรณ์ที่พร้อมและเหมาะสม
 - 1.3.1 RESPIRATOR 1 เครื่องต่อเตียง ICU 2 เตียง และอย่างน้อยไม่น้อยกว่า 4 เตียง
 - 1.3.2 EKG MONITOR พร้อม CPR CART อย่างน้อย 1 ชุด
 - 1.3.3 ARTERIAL BLOOD GAS (ส่งตรวจได้)
 - 1.3.4 PIPELINE SYSTEM ข้างเตียงทุกเตียง หรือมีระบบการจ่าย MEDICAL GAS
 - 1.3.5 DIFRIBRILLATOR

2 มีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความสามารถในจำนวนที่เหมาะสม

- 2.1 แพทย์รับผิดชอบ อย่างน้อย 1 คน
- 2.2 พยาบาล พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 1 คนต่อเวรพยาบาลและพนักงานผู้ช่วย : เตียง = 1 : 2 สำหรับแต่ละเวร

มาตรฐานบริการศัลยกรรมทั่วไป

มีสถานที่ เครื่องมือ และอุปกรณ์เพียงพอสำหรับให้บริการศัลยกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ

1 สถานที่ที่กว้างพอและสัดส่วนเหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วย

- 1.1 ห้องผ่าตัด มีพื้นที่ที่ปฏิบัติการได้
- 1.2 จำนวนห้องผ่าตัด มีอย่างน้อย 1 ห้อง : 50 เตียง และไม่น้อยกว่า 2 ห้อง ไม่นับรวมห้องคลอด
- 1.3 มีที่พักรอผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
- 1.4 มีที่เก็บเครื่องมือ ยา วัสดุการแพทย์ และวัสดุอื่นๆ
- 1.5 มีสถานที่ที่รวบรวมวัสดุและเครื่องมือที่ใช้แล้ว
- 1.6 มีห้องพักและสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับเจ้าหน้าที่

2. ระบบอุปกรณ์ในห้องผ่าตัดมีเพียงพอและเหมาะสม

- 2.1 มีระบบแก๊สทางการแพทย์ และเครื่องดูดที่ได้มาตรฐาน
- 2.2 มีระบบแสงที่ได้มาตรฐาน

2.3 มีระบบไฟฟ้าสำรองสำหรับกรณีฉุกเฉิน

3. เครื่องมือและอุปกรณ์ในการผ่าตัดประจำห้องแต่ละห้อง

3.1 มีชุดผ่าตัดเพียงพอสำหรับการให้บริการที่จำเป็น

3.2 มีเครื่องมือสำหรับช่วยฟื้นคืนชีพพร้อมที่จะใช้งานได้ตลอดเวลา

มาตรฐานบริการวิสัญญี

มีสถานที่ที่เหมาะสมและมีเครื่องมือที่พอเพียงสำหรับให้บริการวิสัญญีวิทยาและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

1 มีห้องพักฟื้นมีเตียงพักฟื้น 1 เตียง ต่อห้องผ่าตัด 1 ห้อง

2 มีเครื่องมือและอุปกรณ์สำหรับให้บริการ ได้แก่

2.1 เครื่องดมยาสลบ 1 เครื่องต่อ 1 ห้องผ่าตัด

2.2 เครื่องดูด (SUCTION)

2.3 อุปกรณ์สำหรับ MONITOR ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยง ได้แก่ ECG MONITOR

2.4 อุปกรณ์สำหรับช่วยชีวิตที่พร้อมจะใช้งานได้ตลอดเวลา

มาตรฐานบริการรังสีวิทยา

1 สถานที่มีความพร้อมและเหมาะสมในการให้บริการ

1.1 มีการตรวจสอบวัดระดับรังสีที่ตัวบุคคลอย่างสม่ำเสมอ

1.2 มีระบบการป้องกันอันตรายจากไฟฟ้า กลไก และรังสีที่เหมาะสม

1.3 ต้องได้รับการตรวจสอบและอนุญาตจากกองป้องกันอันตรายจากรังสีกรมวิทยาศาสตร์

การแพทย์

1.4 มีป้ายคำเตือนเกี่ยวกับอันตรายของรังสี

2 เครื่องมือที่พร้อมจะให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.1 มีเครื่องมือที่สามารถใช้การได้ดี ได้แก่

2.1.1 PORTABLE X-RAY 1 เครื่อง

2.1.2 X-RAY 300 MA WITH FLUOROSCOPY 1 เครื่อง

2.1.3 FLUOROSCOPY 1 เครื่อง

2.1.4 ULTRASOUND 1 เครื่อง

2.2 มีเครื่องมือป้องกันอันตรายจากรังสีที่จำเป็น ได้แก่ เสื้อ กางเกง ถุงมือ ฉากป้องกันรังสี

2.3 มีอุปกรณ์ช่วยชีวิตและยาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่แพ้สารที่บ่งสี (เช่น EMERGENCY CART, AMBU BAG)

2.4 มีการตรวจสอบและบำรุงรักษาเครื่องมือทางรังสีเป็นระยะ พร้อมทั้งมีการบันทึกผลการตรวจสอบและบำรุงรักษาทุกครั้ง

3 มีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความสามารถและจำนวนเพียงพอ

3.1 มีรังสีแพทย์ประจำเต็มเวลา หรือประจำบางเวลาในปริมาณที่เหมาะสม

3.2 มีเจ้าหน้าที่รังสีเทคนิคที่ผ่านการอบรมครบหลักสูตรปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง

มาตรฐานพยาธิวิทยาและชันสูตร

1 มีอาคารสถานที่สะดวกและปลอดภัย รวมทั้งมีอุปกรณ์และเครื่องมือที่ช่วยในการวินิจฉัยได้อย่างสอดคล้อง เหมาะสมและถูกต้อง

1.1 สถานที่สะดวกและปลอดภัย

1.1.1 มีระบบระบายอากาศเพียงพอที่จะได้รับอากาศบริสุทธิ์และระบายควันและไอที่เกิดขึ้น

1.1.2 มีแสงสว่างเพียงพอ

1.2 เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ช่วยในการวินิจฉัยได้อย่างเหมาะสม ดังนี้

1.2.1 MICORSCOPE

1.2.2 SPECTROMETER

1.2.3 CENTRIFUGE

1.2.4 INCUBATOR

1.2.5 AUTOCLAVE

1.2.6 ELECTROLYTE ANALYSER

1.2.7 BLOOD GAS ANALYSER

1.3 มีระบบป้องกันอันตราย ได้แก่ มีการต่อสาย GROUND สำหรับเครื่องมือที่ใช้ไฟฟ้า

1.4 ระบบบริการโลหิต

1.4.1 การจัดหาโลหิต ได้แก่

1.4.1.1 โรงพยาบาลสามารถจัดหาเลือดหรือส่วนประกอบของเลือดที่จำเป็นต้องให้บริการแก่ผู้ป่วยได้โดยารับบริจาคเองหรือการจัดหาจากคลังโลหิตอื่น ทั้งนี้โดยมีการคัดกรองผู้บริจาคโลหิตอย่างเหมาะสมด้วย

1.4.1.2 โลหิตทุกหน่วยได้รับการตรวจว่าปลอดจากเชื้อตับอักเสบบี เชื้อ HIV และโรคติดต่ออื่นๆ

1.4.2 การเก็บเลือด ได้แก่

1.4.2.1 มี BLOOD BANK REFRIGERATOR และมีเลือดสำรองไว้อย่างเพียงพอ

มาตรฐานการบริการเภสัชกรรม

1 สถานพยาบาลมีอุปกรณ์และสถานที่ที่เหมาะสม สำหรับการเก็บรักษาและการเตรียมยา

1.1 มีระบบการเก็บรักษายาในคลังยาที่เหมาะสม

1.1.1 มีการแยกเก็บยาอย่างเป็นสัดส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาฆ่าเชื้อ ยาอันตรายต่างๆ และยาใช้สำหรับภายนอกต้องเก็บแยกจากยากินและยาฉีด

1.1.2 มีการเก็บยาที่ต้องควบคุมคุณภาพอย่างเหมาะสม ตู้เย็นที่เก็บสามารถรักษาระดับอุณหภูมิที่ต้องการได้

1.1.3 มีการเก็บยาหมดอายุแยกไว้ต่างหาก

1.2 มีระบบการเก็บรักษายาในหอผู้ป่วยและหน่วยบริการอื่นๆ อย่างเหมาะสม

1.2.1 มีการแยกเก็บยาอย่างเป็นสัดส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาฆ่าเชื้อ ยาอันตรายต่างๆ และยาใช้สำหรับภายนอกต้องเก็บแยกจากยากินและยาฉีด

1.2.2 มีการเก็บยาหมดอายุแยกไว้ต่างหาก

1.2.3 มีการเก็บฉุกเฉินไว้พอเพียงเหมาะสม

2 มีเภสัชกรปริญญาที่มีความรู้ความสามารถเหมาะสมเป็นหัวหน้าควบคุมดูแล งานบริการเภสัชกรรม และมีเจ้าหน้าที่พอเหมาะกับขนาดของโรงพยาบาล

3 มีระบบบริการและระบบบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.1 มีรายการยาที่จำเป็นพอเพียงแก่การให้บริการซึ่งเป็นยาที่มีคุณภาพโดยผลิตจากโรงงานที่ได้มาตรฐาน GMP

3.2 มียาฉุกเฉินและ ANTIDOTE พอเพียงในคลังยา

3.3 ในการจ่ายยาแก่ผู้ป่วยจะต้องมีการเขียนฉลากยาที่สมบูรณ์ (ชื่อยา ชื่อผู้ป่วย วิธีการและขนาดการใช้ยา วันที่)

ภาคผนวก ค
การคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวให้สถานพยาบาล

ในการกำหนดเงินเหมาจ่ายรายหัวให้สถานพยาบาล สำนักงานประกันสังคมได้มีการตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อพิจารณาเรื่องดังกล่าวโดยจะมีการปรับเปลี่ยนอัตราเหมาจ่ายตามต้นทุนเฉลี่ยต่อปีซึ่งประมาณมาจากสูตรการคำนวณดังนี้

$$C = (A \times N) + (B \times M)$$

โดยที่ C = ต้นทุนเฉลี่ยต่อปี

A = อัตราการใช้บริการของผู้ป่วยนอก (ครั้ง/คน/ปี)

B = อัตราการใช้บริการของผู้ป่วยใน (วัน/คน/ปี)

N = ต้นทุนเฉลี่ยของผู้ป่วยนอก (บาท/ครั้ง/คน)

M = ต้นทุนเฉลี่ยของผู้ป่วยใน (บาท/วัน/คน)

สำหรับอัตราการใช้บริการและต้นทุนเฉลี่ยจะนำมาจากข้อมูลในอดีต อย่างเช่นอัตราเหมาจ่ายในปัจจุบันซึ่งสำนักงานประกันสังคมกำหนดจ่ายในอัตรา 1,100 บาท/คน/ปี ใช้ข้อมูลของปี 2542 เปรียบเทียบกับปี 2541 และปรับด้วยอัตราเงินเฟ้อ⁴⁸ (ข้อมูลอัตราการใช้บริการและต้นทุนเฉลี่ยที่ใช้ในการคำนวณไม่ได้รับการเปิดเผยจากสำนักงานประกันสังคม)

ตัวอย่างการคำนวณอัตราเงินเหมาจ่าย 700 บาท/คน/ปี (ประกาศใช้ในช่วงปี 2534-2538)⁴⁹

จากข้อมูลอัตราการใช้บริการและต้นทุนเฉลี่ยของประชากรในประเทศไทยปี 2533 สำนักงานประกันสังคมได้นำมาประมาณหาอัตราค่าบริการทางการแพทย์ในระบบประกันสังคมดังนี้

อัตราการใช้บริการ

ผู้ป่วยนอก = 3 ครั้ง/คน/ปี

ผู้ป่วยใน = 0.5 วัน/คน/ปี

ต้นทุนเฉลี่ย

ผู้ป่วยนอก = 150 บาท/คน/ปี

ผู้ป่วยใน = 500 บาท/วัน/คน

⁴⁸ ลำดับการเปลี่ยนแปลงอัตราเงินเหมาจ่ายรายหัวสามารถดูได้ในภาคผนวก ก

⁴⁹ ตัวอย่างจาก อำพล (2538)

เมื่อแทนค่าประมาณการอัตราการให้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนและต้นทุนเฉลี่ยของการให้บริการทางการแพทย์ จะได้ต้นทุนเฉลี่ยต่อปีที่น่ามากำหนดเป็นอัตราเหมาจ่ายดังนี้

$$\begin{aligned}\text{ต้นทุนเฉลี่ยต่อปี} &= (3 \times 150) + (0.5 \times 500) \\ &= 450 + 250 \\ &= 700 \text{ บาท/คนปี}\end{aligned}$$

ภาคผนวก ง

วิธีคำนวณเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยง⁵⁰

สำนักประกันสังคมได้กำหนดวิธีการคำนวณค่าบริการทางการแพทย์ที่จ่ายให้แก่โรงพยาบาลตามภาระเสี่ยง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. คำนวณค่าบริการทางการแพทย์ที่จ่ายให้แก่โรงพยาบาลในแต่ละงวด

นำข้อมูลผู้ป่วยประกันสังคมแต่ละเดือนของทุกโรงพยาบาลมาคำนวณหา ค่าเฉลี่ยของผู้ประกันตน โดยจะคำนวณจากฐานข้อมูลทุก 6 เดือน (ช่วงเดือน ม.ค.-มิ.ย. และ ก.ค.-ธ.ค.) จากนั้นนำไปคูณด้วยอัตราค่าบริการทางการแพทย์ ซึ่งสำนักประกันสังคมจะจ่ายให้ 150 บาท/คน/ปี

ค่าบริการทางการแพทย์ที่จ่ายในแต่ละงวด

$$= \text{ค่าเฉลี่ยผู้ประกันตนทุกโรงพยาบาลใน 6 เดือน} \times (150/2)$$

2. คำนวณแบ่งเงินค่าบริการทางการแพทย์ของแต่ละงวดแยกตามประเภทการจ่าย

นำจำนวนเงินค่าบริการทางการแพทย์ทั้งหมดของแต่ละงวดแบ่งเป็น 2 ส่วน ตามสัดส่วนค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในซึ่งคิดเป็นร้อยละของค่าใช้จ่ายทั้งหมดเป็นเกณฑ์ คำนวณสำหรับปีแรกสัดส่วนค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยนอกเท่ากับร้อยละ 55 และสัดส่วนค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในเท่ากับ ร้อยละ 45

ค่าบริการทางการแพทย์ที่จ่ายตามภาระผู้ป่วยนอก

$$= 0.45 \times \text{ค่าบริการทางการแพทย์ที่จ่ายในแต่ละงวด} \quad (1)$$

ค่าบริการทางการแพทย์ที่จ่ายตามภาระผู้ป่วยใน

$$= 0.55 \times \text{ค่าบริการทางการแพทย์ที่จ่ายในแต่ละงวด} \quad (2)$$

3. คำนวณภาระการรักษางวด 6 เดือน ของแต่ละโรงพยาบาล

⁵⁰ จาก “หลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายค่าบริการตามภาระเสี่ยง” กองประสานการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม (กุมภาพันธ์ 2544)

หลังจากที่ได้วงเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่จะจัดสรรให้ทุกโรงพยาบาลตามภาระผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในแล้ว ในขั้นต่อไปจะต้องคำนวณ ภาระการรักษาผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในของแต่ละโรงพยาบาล โดยในเบื้องต้นจะต้องนำคะแนนน้ำหนักของโรคเรื้อรัง (กรณีผู้ป่วยนอก) และคะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์แต่ละกลุ่มโรค หรือ Diagnosis Related Groups - DRG (กรณีผู้ป่วยใน) ซึ่งสำนักประกันสังคมกำหนดไว้ดังนี้

- ผู้ป่วยนอก กำหนดให้โรคเรื้อรัง 8 ประเภท ได้รับค่าบริการตามภาระเสียงเพิ่มเติม โดยมีน้ำหนักคะแนนดังต่อไปนี้

<u>ชื่อโรค</u>	<u>คะแนน</u>
1. โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus)	1
2. โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)	1
3. โรคตับอักเสบเรื้อรัง และโรคตับแข็ง (Chronic Hepatitis, Cirrhosis)	1
4. โรคหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure)	1
5. โรคซีวีเอ (Cerebrovascular Accident)	1
6. โรคมะเร็ง (Malignancy)	3
7. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (AIDS & HIV)	3
8. โรคถุงลมโป่งพอง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease)	1

ในกรณีที่ผู้ประกันตนป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรค ให้คิดคะแนน ดังนี้

- 1) ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 1 โรค สัดส่วนเท่ากับ 1 หน่วยต่อโรค
- 2) ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 2 โรค สัดส่วนเท่ากับ 0.75 หน่วยต่อโรค
- 3) ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 3 โรค สัดส่วนเท่ากับ 0.66 หน่วยต่อโรค
- 4) ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มากกว่า 3 โรค ให้คิดเท่ากับ 3 โรค (โดยเลือกโรคที่มีคะแนนสูงกว่ามาคิด)

- ผู้ป่วยใน ให้ใช้บัญชีรายการกลุ่มโรคพร้อมน้ำหนักสัมพัทธ์ DRG ตามคู่มือราคากลางค่าบริการทางการแพทย์โดยใช้เกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข

เมื่อได้คะแนนน้ำหนักโรคเรื้อรัง และคะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์ DRG แล้วให้นำมารวมเป็นงวด 6 เดือน ของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อคำนวณเป็นภาระการรักษาได้ดังนี้

3.1 ภาระการรักษาผู้ป่วยนอก

- คำนวณหาอัตราภาระของผู้ป่วยนอกของแต่ละโรงพยาบาล

อัตราภาระผู้ป่วยนอกของแต่ละโรงพยาบาล

$$= \frac{\text{คะแนนน้ำหนักโรคเรื้อรังรวมงวด 6 เดือน ของแต่ละโรงพยาบาล}}{\text{ค่าเฉลี่ยของผู้ประกันตนแต่ละโรงพยาบาลใน 6 เดือน}} \quad (4)$$

- คำนวณหาภาระส่วนเกินผู้ป่วยนอกของแต่ละโรงพยาบาล

ภาระส่วนเกินผู้ป่วยนอกของแต่ละโรงพยาบาล

$$= (\text{อัตราภาระผู้ป่วยนอกของแต่ละโรงพยาบาล} - \text{อัตราฐานภาระผู้ป่วยนอก}) \times \text{ค่าเฉลี่ยของผู้ประกันตนแต่ละโรงพยาบาลใน 6 เดือน} \quad (5)$$

- นำภาระส่วนเกินผู้ป่วยนอกของทุกโรงพยาบาลมารวมกัน เพื่อใช้เป็นฐานในการคำนวณเงินจ่ายให้แก่โรงพยาบาลตามภาระการรักษาผู้ป่วยนอก

ผลรวมภาระส่วนเกินผู้ป่วยนอกทุกโรงพยาบาล (6)

3.2) ภาระการรักษาผู้ป่วยใน

- คำนวณหาอัตราภาระผู้ป่วยในของแต่ละโรงพยาบาล

อัตราภาระผู้ป่วยในของแต่ละโรงพยาบาล

$$= \frac{\text{คะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์ DRG รวมงวด 6 เดือน ของแต่ละโรงพยาบาล}}{\text{ค่าเฉลี่ยของผู้ประกันตนแต่ละโรงพยาบาลใน 6 เดือน}} \quad (7)$$

- คำนวณหาภาระส่วนเกินผู้ป่วยในของแต่ละโรงพยาบาล

ภาระส่วนเกินผู้ป่วยในของแต่ละโรงพยาบาล

$$= (\text{อัตราภาระผู้ป่วยในของแต่ละโรงพยาบาล} - \text{อัตราฐานภาระผู้ป่วยใน}) \times \text{ค่าเฉลี่ยของผู้ประกันตนแต่ละโรงพยาบาลใน 6 เดือน} \quad (8)$$

- นำภาระส่วนเกินผู้ป่วยในของทุกโรงพยาบาลรวมกันเพื่อใช้เป็นฐานในการคำนวณเงินจ่ายให้แก่โรงพยาบาลตามภาระการรักษาผู้ป่วยใน

ผลรวมภาระส่วนเกินผู้ป่วยในทุกโรงพยาบาล (9)

อนึ่ง คณะอนุกรรมการพิจารณาอัตราเหมาจ่ายเป็นผู้กำหนดอัตราฐานภาระผู้ป่วยนอกและอัตราฐานภาระผู้ป่วยใน โดยพิจารณาจากภาระการรักษาผู้ป่วยกันตน สำหรับปีแรกยังไม่มีข้อมูลดังกล่าว ดังนั้นอัตราฐานภาระผู้ป่วยนอก และอัตราฐานภาระผู้ป่วยในจึงมีค่าเท่ากับศูนย์

4. คำนวณเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยง

นำภาระส่วนเกินผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในในรวม 6 เดือน ของแต่ละโรงพยาบาลมาใช้เป็นเกณฑ์คำนวณเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่โรงพยาบาล ซึ่งคำนวณแยกตามประเภทการจ่าย ดังนี้

4.1 การจ่ายตามภาระผู้ป่วยนอก

จำนวนเงินที่จ่ายให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งตามภาระผู้ป่วยนอก

$$= (1) \times (5) / (6)$$

4.2 การจ่ายตามภาระผู้ป่วยใน

จำนวนเงินที่จ่ายให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งตามภาระผู้ป่วยใน

$$= (2) \times (8) / (9)$$

สำหรับช่วงที่จ่ายเงิน สำนักงานประกันสังคม แบ่งจ่ายเป็น 2 งวด งวดละ 6 เดือน โดย

- งวดที่ 1 ประมวลผลข้อมูลของเดือน มกราคม – มิถุนายน จะจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาลภายในเดือนกันยายนของปี

- งวดที่ 2 ประมวลผลข้อมูลของเดือน กรกฎาคม – ธันวาคม จะจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาลภายในเดือนมีนาคมของปีถัดไป

ภาคผนวก จ

การพัฒนาเกณฑ์การพิจารณาศักยภาพการรับผู้ประกันตนของสถานพยาบาลเอกชน

เกณฑ์การพิจารณากำหนดศักยภาพการรับผู้ประกันตนของสถานพยาบาลเอกชนที่อยู่ในโครงการประกันสังคม (รวบรวมจากมติคณะกรรมการการแพทย์นับตั้งแต่แรกเริ่มที่สำนักงานประกันสังคมได้เริ่มให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนในปี 2534 ถึงปี 2543)

ปี (พ.ศ.)	เกณฑ์มาตรฐานสถานพยาบาล	เกณฑ์การกำหนดศักยภาพการรับผู้ประกันตน	หมายเหตุ
2534	เกณฑ์มาตรฐานสถานพยาบาลตามประกาศ สปส. เรื่องกำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลที่ให้บริการแก่ผู้ประกันตน ลงวันที่ 25 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2534	ไม่มี	
2535 2537	ใช้เกณฑ์เดิม (ตามประกาศฯ ลงวันที่ 25 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2534)	1) จำนวนเตียง 100 เตียง กำหนดให้รับผู้ประกันตนได้ไม่เกิน 50,000 คน 2) ประวัติการให้บริการผู้ประกันตนที่ผ่านมาหากมีปัญหาค่าพิจารณาลดจำนวนผู้ประกันตนลง	การพิจารณาในรายละเอียดขึ้นกับดุลยพินิจของคณะกรรมการการแพทย์
2538	ใช้เกณฑ์เดิม (ตามประกาศฯ ลงวันที่ 25 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2534)	1) จำนวนเตียง 100 เตียงกำหนดให้รับผู้ประกันตนได้ไม่เกิน 50,000 คน 2) พิจารณางานที่ผ่านมาและกรณีข้อร้องเรียน 3) สถานพยาบาลสมัครใหม่ กำหนดให้รับผู้ประกันตนได้ไม่เกิน 50,000 คน	การพิจารณาในรายละเอียดขึ้นกับดุลยพินิจของคณะกรรมการการแพทย์

ปี (พ.ศ.)	เกณฑ์มาตรฐานสถานพยาบาล	เกณฑ์การกำหนดศักยภาพการรับผู้ประกันตน	หมายเหตุ
2539-2540	เกณฑ์มาตรฐานสถานพยาบาลตามประกาศ สปส. เรื่อง กำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลที่ให้บริการแก่ผู้ประกันตน ลงวันที่ 11 เมษายน พ.ศ. 2538)	1) ศักยภาพสูงสุดในการรับผู้ประกันตนไม่เกิน 100,000 คน 2) พิจารณาผลงานที่ผ่านมาและกรณีข้อร้องเรียน 3) กำหนดจำนวนการรับผู้ประกันตนของสถานพยาบาลที่ขอจำนวนผู้ประกันตนเพิ่มเป็น 4 ระดับ คือ รับผู้ประกันตนได้ไม่เกิน 25,000 คน รับผู้ประกันตนได้ไม่เกิน 50,000 คน รับผู้ประกันตนได้ไม่เกิน 75,000 คน รับผู้ประกันตนได้ไม่เกิน 100,000 คน	การพิจารณาในรายละเอียดขึ้นกับดุลยพินิจของคณะกรรมการการแพทย์
2541-2542	ใช้เกณฑ์เดิม (ตามประกาศฯ ลงวันที่ 11 เมษายน พ.ศ. 2538)	1) ศักยภาพสูงสุดในการรับผู้ประกันตนไม่เกิน 100,000 คน 2) พิจารณาผลงานที่ผ่านมาและกรณีข้อร้องเรียน 3) กำหนดศักยภาพการรับผู้ประกันตนสำหรับสถานพยาบาลเป็น 4 ระดับ คือ รับผู้ประกันตนได้ไม่เกิน 25,000 คน รับผู้ประกันตนได้ไม่เกิน 50,000 คน รับผู้ประกันตนได้ไม่เกิน 75,000 คน รับผู้ประกันตนได้ไม่เกิน 100,000 คน 4) กำหนดให้ศักยภาพการรับผู้ประกันตน สำหรับสถานพยาบาล	การพิจารณาในรายละเอียดขึ้นกับดุลยพินิจของคณะกรรมการการแพทย์

ปี (พ.ศ.)	เกณฑ์มาตรฐานสถานพยาบาล	เกณฑ์การกำหนดศักยภาพการรับผู้ป่วยกักตน	หมายเหตุ
		สมัครใหม่ไม่เกิน 25,000 คน	
2543	ใช้เกณฑ์เดิม (ตามประกาศฯ ลงวันที่ 11 เมษายน 2538)	- กำหนดศักยภาพสูงสุดในการรับผู้ป่วยกักตนไม่เกิน 100,000 คน - วางหลักเกณฑ์การลงโทษ โดยปรับลดศักยภาพตามระดับ - ศักยภาพเดิมมากกว่า 50,000 คนปรับลดลง 25,000 คน - ศักยภาพเดิมต่ำกว่า 25,000 คนปรับลดลง 5,000 คน - สถานพยาบาลสมัครใหม่กำหนดให้รับผู้ป่วยกักตนได้ไม่เกิน 25,000 คน	การพิจารณาในรายละเอียดขึ้นกับดุลยพินิจของคณะกรรมการการแพทย์

ที่มา: กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ สำนักงานประกันสังคม

ภาคผนวก จ

เกณฑ์การพิจารณาศักยภาพของสถานพยาบาลโครงการประกันสังคม ปี 2544

คณะกรรมการการแพทย์ตระหนักถึงความสำคัญของการกำหนดจำนวนผู้ประกันตนเพื่อให้ประกันตนได้รับบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพที่เหมาะสมกับขีดความสามารถของสถานพยาบาล จึงเห็นสมควรให้มีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาศักยภาพให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้นและเป็นแนวทางให้สำนักงานประกันสังคมพิจารณากำหนดศักยภาพให้กับสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการเป็นไปอย่างโปร่งใสและเพื่อเป็นการกระตุ้นให้สถานพยาบาลมีการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพจึงกำหนดรายละเอียดของหลักเกณฑ์การพิจารณาศักยภาพดังนี้

1. สถานพยาบาลสมัครใหม่เข้าร่วมโครงการประกันสังคมปีแรก ซึ่งไม่เคยมีประสบการณ์การให้บริการทางการแพทย์กับผู้ประกันตน จึงกำหนดศักยภาพการรับผู้ประกันตนได้ไม่เกิน 25,000 คน และพิจารณาเพิ่มศักยภาพให้ตามประสบการณ์ปีละ 25,000 คน แต่ไม่เกิน 100,000 คน
2. พิจารณาจากผลการตรวจและผลการประเมินคุณภาพสถานพยาบาลตามที่ปรึกษาทางการแพทย์และการพยาบาลได้ทำการสรุปผลจากการออกตรวจเยี่ยมโรงพยาบาลในช่วงเดือนมกราคมถึงมิถุนายน ปี 2543 ดังนี้
 - พิจารณาจากจำนวนเตียงที่เปิดบริการจริง
 - พิจารณาจากคะแนนประเมินของมาตรฐานที่มุ่งเน้นให้สถานพยาบาลมีการพัฒนาปรับปรุง

ก) พิจารณาจากจำนวนเตียงที่เปิดบริการจริง แต่ทั้งนี้จะต้องขออนุญาตจัดตั้งและดำเนินการไม่ต่ำกว่า 100 เตียง โดยกำหนดดังนี้

จำนวนเตียงเปิดจริงมากกว่าหรือเท่ากับ 100 เตียง	อยู่ในระดับ A ให้ศักยภาพ 100,000 คน
จำนวนเตียงเปิดจริง 75-99 เตียง	อยู่ในระดับ B ให้ศักยภาพ 75,000 คน
จำนวนเตียงเปิดจริง 50-74 เตียง	อยู่ในระดับ C ให้ศักยภาพ 50,000 คน
จำนวนเตียงเปิดจริงน้อยกว่า 50 เตียง	อยู่ในระดับ D ให้ศักยภาพ 25,000 คน

ข) พิจารณาจากคะแนนประเมินของมาตรฐานที่มุ่งเน้นให้สถานพยาบาลมีการพัฒนาปรับปรุงตามรายละเอียดดังนี้

พิจารณาผลศักยภาพจากคะแนนประเมินมาตรฐานทั่วไป

คะแนนประเมินมาตรฐานทั่วไปมากกว่า 80%	อยู่ในระดับ A ไม่มีการลดศักยภาพ
คะแนนมาตรฐานทั่วไปมากกว่า 70-80%	อยู่ในระดับ B ลดศักยภาพ 3,000 คน
คะแนนมาตรฐานทั่วไปมากกว่า 60-69%	อยู่ในระดับ C ลดศักยภาพ 6,000 คน
คะแนนมาตรฐานน้อยกว่า 60%	อยู่ในระดับ D ลดศักยภาพ 9,000 คน

พิจารณาผลศักยภาพจากคะแนนประเมินมาตรฐานบุคลากรทางการแพทย์

บุคลากรทางการแพทย์ครบ	อยู่ในระดับ A ไม่มีการลดศักยภาพ
บุคลากรทางการแพทย์ครบขาดเภสัชกรรังสีแพทย์หรือเทคนิคการแพทย์สาขาใดสาขาหนึ่ง	อยู่ในระดับ B ลดศักยภาพ 4,000 คน
บุคลากรทางการแพทย์ครบ ขาดเภสัชกรนักรังสีหรือนักเทคนิคการแพทย์ ตั้งแต่ 2 สาขาขึ้นไป	อยู่ในระดับ C ลดศักยภาพ 4,000 คน
บุคลากรทางการแพทย์ไม่ครบขาดเภสัชกรนักรังสีหรือนักเทคนิคการแพทย์ตั้งแต่ 2 สาขาขึ้นไป	อยู่ในระดับ D ลดศักยภาพ 12,000 คน

พิจารณาผลศักยภาพจากคะแนนประเมินมาตรฐานเวชระเบียน

คะแนนประเมินมาตรฐานเวชระเบียนมากกว่า 80%	อยู่ในระดับ A ไม่มีการลดศักยภาพ
คะแนนประเมินมาตรฐานเวชระเบียน 70-80%	อยู่ในระดับ B ลดศักยภาพ 5,000 คน
คะแนนประเมินมาตรฐานเวชระเบียน 60-69%	อยู่ในระดับ C ลดศักยภาพ 10,000 คน
คะแนนประเมินมาตรฐานเวชระเบียนน้อยกว่า 60%	อยู่ในระดับ D ลดศักยภาพ 15,000 คน

พิจารณาผลศักยภาพจากข้อร้องเรียน

ไม่มีข้อร้องเรียน	อยู่ในระดับ A ไม่มีการลดศักยภาพ
มีข้อร้องเรียน 1 ประเภท	อยู่ในระดับ B ลดศักยภาพ 10% ของศักยภาพที่ได้รับจากจำนวนเตียงที่เปิดบริการจริง
มีข้อร้องเรียน 2 ประเภท	อยู่ในระดับ C ลดศักยภาพ 20% ของศักยภาพที่ได้รับจากจำนวนเตียงที่เปิดบริการจริง
มีข้อร้องเรียน 3 ประเภทขึ้นไป	อยู่ในระดับ D ลดศักยภาพ 30% ของศักยภาพที่ได้รับจากจำนวนเตียงที่เปิดบริการจริง

หมายเหตุ : ข้อร้องเรียนที่อยู่ในเกณฑ์จะนำมาพิจารณา คือ ข้อร้องเรียนที่สืบค้นข้อเท็จจริงแล้วปรากฏดังนี้

ประเภทที่ 1 สถานพยาบาลมีเจตนาหลีกเลี่ยงการรักษา

ประเภทที่ 2 เลือกปฏิบัติกับผู้ป่วยกันตนแตกต่างจากผู้ป่วยอื่นๆ (Double Standard)

ประเภทที่ 3 ให้การรักษาไม่เป็นไปตามมาตรฐานของวิชาชีพ

ที่มา: กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ สำนักงานประกันสังคม

เกณฑ์การพิจารณาศักยภาพสถานพยาบาลเอกชน ปี 2544 (ต่อ)

ระดับการให้ศักยภาพสถานพยาบาลเอกชน

ระดับ	มาตรฐานด้านโครงสร้าง		มาตรฐานด้านบุคลากร ทางการแพทย์	คะแนนมาตรฐาน เวชระเบียน	ข้อร้องเรียน
	จำนวนเตียงเปิดจริง	มาตรฐานทั่วไป			
A	≥ 100	> 80%	บุคลากรทางการแพทย์ ครบและสอดคล้องกับ จำนวนเตียงที่เปิดจริง	> 80%	ไม่มี
B	75-99	70-80%	บุคลากรทางการแพทย์ ครบ ขาดเภสัชกรหรือนัก รังสี หรือนักเทคนิคการ แพทย์ เพียง 1 สาขา แต่ สามารถจัดการให้มีได้	70-80 %	มีข้อร้อง เรียน 1 ประเภท
C	50-74	60-69%	บุคลากรทางการแพทย์ ครบ ขาดเภสัชกร หรือ นักเทคนิคการแพทย์ตั้ง แต่ 2 สาขา ขึ้นไป	60-69%	มีข้อร้อง เรียน 2 ประเภท
D	< 50	< 60%	บุคลากรทางการแพทย์ ไม่ครบแพทย์ไม่ครบตาม เกณฑ์ และขาดเภสัช หรือนักรังสี หรือนัก เทคนิคการแพทย์ ตั้งแต่ 2 สาขา ขึ้นไป	< 60%	มีข้อร้อง เรียนมาก กว่า 3 ประเภทขึ้น ไป

หมายเหตุ : 1. ใช้เกณฑ์จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข

2. ข้อร้องเรียนที่อยู่ในเกณฑ์จะนำมาพิจารณา คือ ข้อร้องเรียนที่สืบค้นข้อเท็จจริงแล้วปรากฏดังนี้

ประเภทที่ 1 สถานพยาบาลมีเขตหาหลักเลียงการรักษา

ประเภทที่ 2 เลือกปฏิบัติกับผู้ประกันตนแตกต่างจากผู้ป่วยอื่นๆ (Double Standard)

ประเภทที่ 3 ให้การรักษาไม่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ จนมีผลให้ผู้ประกันตนมีอาการ

รุนแรงเป็นอันตรายต่อชีวิต

เกณฑ์การให้คะแนนศักยภาพสถานพยาบาลเอกชน

ระดับ	ศักยภาพตาม จำนวนเตียงที่ เปิดจริง (คน)	มาตรฐานเวช ระเบียน	มาตรฐาน บุคลากรทาง การแพทย์	มาตรฐานทั่วไป	ข้อร้องเรียน
A	100,000	-	-	-	-
B	75,000	-5,000	-4,000	-3,000	-10%
C	50,000	-10,000	-8,000	-6,000	-20%
D	25,000	-15,000	-12,000	-9,000	-30%

ภาคผนวก ช
ประกาศสำนักงานประกันสังคม



ประกาศสำนักงานประกันสังคม
เรื่อง ขอความร่วมมือให้นายจ้างยื่นแบบขึ้นทะเบียน
กองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน

เพื่อปฏิบัติการให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 ซึ่งกำหนดให้นายจ้างที่มีลูกจ้างตั้งแต่หนึ่งคนขึ้นไป ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2545 มีหน้าที่ยื่นแบบขึ้นทะเบียนกองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน ต่อสำนักงานประกันสังคม และเพื่อให้การขึ้นทะเบียนกองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทนเป็นไปด้วยความเรียบร้อย เลขาธิการจึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 เพื่ออำนวยความสะดวกแก่นายจ้างที่มีลูกจ้างตั้งแต่หนึ่งคนขึ้นไป นับแต่วันที่ออกประกาศฉบับนี้ ให้ยื่นแบบรายการแสดงรายชื่อผู้ประกันตน อัตราค่าจ้าง และข้อความอื่น ตามแบบที่เลขาธิการสำนักงานประกันสังคมกำหนด ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2545 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2545

ข้อ 2 ให้นายจ้างที่ยื่นแบบขึ้นทะเบียนกองทุนเงินทดแทนไว้แล้วตามข้อ 1 นำส่งเงินสมทบในส่วนของกองทุนเงินทดแทนให้แก่สำนักงานประกันสังคม สำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมสาขา ภายในวันที่ 30 เมษายน 2545

ข้อ 3 ให้นายจ้างที่ยื่นแบบขึ้นทะเบียนกองทุนประกันสังคมไว้แล้วตามข้อ 1 นำส่งเงินสมทบในส่วนของผู้ประกันตนและนายจ้างสำหรับค่าจ้างประจำเดือนเมษายน 2545 ให้แก่สำนักงานประกันสังคม สำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา ภายในวันที่ 15 พฤษภาคม 2545

ประกาศ ณ วันที่ ธันวาคม พ.ศ. 2544

เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม



ประกาศกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม
เรื่อง ประเภท ขนาดของกิจการ และท้องที่ที่ให้นายจ้างจ่ายเงินสมทบ
(ฉบับที่ 2)

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดให้นายจ้างที่มีลูกจ้างทำงานอยู่ในทุกท้องที่ทั่วราชอาณาจักร ตั้งแต่หนึ่งคนขึ้นไป มีหน้าที่จ่ายเงินสมทบกองทุนเงินทดแทน

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 6 และมาตรา 44 แห่งพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ให้ยกเลิกความในข้อ 2 แห่งประกาศกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม เรื่องประเภท ขนาดของกิจการ และท้องที่ที่ให้นายจ้างจ่ายเงินสมทบ ลงวันที่ 12 กันยายน พ.ศ. 2537 และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“ ข้อ 2ให้นายจ้างซึ่งมีลูกจ้างทำงานตั้งแต่หนึ่งคนขึ้นไปในทุกท้องที่ทั่วราชอาณาจักร มีหน้าที่จ่ายเงินสมทบ ทั้งนี้ เว้นแต่

(1) นายจ้างซึ่งประกอบกิจการเพาะปลูก ประมง ป่าไม้ และสัตว์เลี้ยง ซึ่งมีได้ใช้ลูกจ้างตลอดปีและไม่ มีลักษณะอื่นรวมอยู่ด้วย

(2) นายจ้างที่เป็นบุคคลธรรมดา ซึ่งงานที่ลูกจ้างทำนั้นมิได้มีการประกอบธุรกิจรวมอยู่ด้วย

(3) นายจ้างซึ่งประกอบการค้าแร่ การค้าแผงลอย ”

ข้อ 2 ในกรณีที่ลูกจ้างหรือผู้มีสิทธิเป็นผู้ที่มีสิทธิได้รับเงินทดแทนจากนายจ้างอยู่ก่อนวันที่ประกาศนี้ใช้ บังคับ ให้มีสิทธิได้รับเงินทดแทนจากนายจ้างต่อไปจนครบตามสิทธิ

ข้อ 3 ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ พ.ศ. 2544 เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่

2544

(นายเดช บุญ – หลง)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม

สรุปผลการประชุมหารือของผู้บริหารระดับสูงสำนักงานประกันสังคม
เรื่อง การขยายความคุ้มครองประกันสังคมกับลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างต่ำกว่า
10 คน

วันจันทร์ที่ 3 กันยายน 2544 เวลา 14.00 น.

ณ ห้องประชุม 2 ชั้น 11 สำนักงานประกันสังคม

เพื่อเตรียมชี้แจงในการประชุมเรื่อง การขยายความคุ้มครองฯ ระหว่าง
กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม และผู้แทนนายจ้าง ในวันพุธที่ 5 กันยายน 2544

• การชี้แจงความเห็นของสภาองค์กรนายจ้าง

1. “ การเปลี่ยนทิศทางการปฏิบัติงานที่จะต้องบริการผู้ประกันตน จากเดิมตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป เป็นบังคับ 1 คนขึ้นไป นั้น ยากต่อการตรวจสอบและจัดคำจำกัดความของ “ นายจ้าง ” และ “ ลูกจ้าง ” ให้ชัดเจนในการปฏิบัติ”

แนวชี้แจง คำจำกัดความ “นายจ้าง” และ “ลูกจ้าง” จะยึดตามแนวที่กำหนดไว้ในมาตรา 5 พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 คือ

“นายจ้าง” หมายถึง ผู้ซึ่งรับลูกจ้างเข้าทำงาน โดยจ่ายค่าจ้างและให้หมายความรวมถึง ผู้ซึ่งได้รับมอบหมายให้ทำงานแทนนายจ้าง ในกรณีที่นายจ้างเป็นนิติบุคคลให้หมายความรวมถึงผู้มีอำนาจกระทำการแทนนิติบุคคล และผู้ซึ่งได้รับมอบหมายจากผู้มีอำนาจกระทำการแทนนิติบุคคลให้ทำการแทนด้วย

“ลูกจ้าง” หมายถึง ผู้ซึ่งทำงานให้นายจ้างโดยได้รับค่าจ้างไม่ว่าจะเรียกชื่ออย่างไร แต่ไม่รวมถึงลูกจ้างซึ่งทำงานเกี่ยวกับบ้านอันมิได้มีการประกอบธุรกิจรวมอยู่ด้วย

2. “ต้องจัดแยกประเภทของกิจการว่าเป็นประเภทใด เช่น ผู้ประกอบการที่อยู่ในขอบข่ายของกฎหมาย”

แนวชี้แจง ประเด็นขอบข่ายกฎหมาย “ สถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 1 คนขึ้นไป” ที่จะต้องอยู่ในขอบข่ายของกฎหมาย คือ สถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป ที่มีที่ตั้ง มีหลักแหล่งแน่นอน โดยพิจารณาจากหลักฐานประกอบการขึ้นทะเบียนประกันสังคม ทั้งนี้ไม่รวมถึงกิจการซึ่งมีลูกจ้างที่ได้รับการยกเว้นตามมาตรา 4 และที่จะออกพระราชกฤษฎีกายกเว้นลูกจ้างตามมาตรา 4 (6) เพิ่มเติมอีก 2 ประเภท คือ

1) ลูกจ้างของนายจ้างที่เป็นบุคคลธรรมดา ซึ่งงานที่ลูกจ้างทำนั้นได้มีการประกอบธุรกิจรวมอยู่ด้วย เนื่องจาก เป็นการจ้างเพื่อประโยชน์ส่วนตัวของนายจ้าง ซึ่งเข้าข่ายลักษณะเดียวกับลูกจ้างทำงานบ้าน เช่น คนขับรถ ซึ่งจ้างไว้สำหรับขับรถส่วนตัว เป็นต้น

2) ลูกจ้างของนายจ้างซึ่งประกอบการค้าแร่ หรือการค้าแฝงลอย เนื่องจาก กิจการประเภทนี้สถานที่ไม่ได้มีหลักแหล่งแน่นอน ลูกจ้างมีการเข้า – ออกงานสูง ซึ่งทำให้การส่งเงินสมทบไม่ต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อการเกิดสิทธิในการรับประโยชน์ทดแทนของลูกจ้าง

ประเด็นการบริหารจัดการซึ่งจะพิจารณาว่า “ กิจการใดเข้าข่ายหรือไม่เข้าข่ายที่ต้องขึ้นทะเบียนประกันสังคม มีการประกอบกิจการจริง และมีหลักแหล่งแน่นอนหรือไม่ ” จะพิจารณาจากเอกสารหลักฐานที่ต้องใช้ในการขึ้นทะเบียนประกันสังคม โดยพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 มาตรา 34 กำหนดให้นายจ้างซึ่งมีลูกจ้างที่เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ยื่นแบบแสดงรายชื่อผู้ประกันตน อัตราค่าจ้าง และข้อความอื่นตามแบบที่เลขาธิการกำหนด ต่อสำนักงานภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ลูกจ้างนั้นเป็นผู้ประกันตน ซึ่งสำนักงานประกันสังคมจะออกประกาศสำนักงานประกันสังคมกำหนดหลักฐานประกอบการขึ้นทะเบียน โดยนายจ้างจะต้องมีหลักฐานประกอบการขึ้นทะเบียนนายจ้างทุกข้อ ดังนี้

ประเด็น “ การค้าแฝงลอย ที่มีที่ตั้งประจำ ” จะครอบคลุมด้วยหรือไม่ จะครอบคลุมเฉพาะกิจการที่มีหลักฐานแสดงได้ชัดเจนว่ามีที่ตั้งและมีหลักแหล่งแน่นอน มีใบอนุญาตให้ประกอบกิจการตามกฎหมายอื่นมาแสดง ทั้งนี้ จากข้อมูลหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พบว่า

- กรมทะเบียนการค้า ไม่รับจดทะเบียนการค้าแฝงลอย
- กรุงเทพมหานคร ขณะนี้ยังไม่มีการจัดเก็บค่าธรรมเนียมหรือภาษีจากการค้าแฝงลอย
- กรมสรรพากร ถือว่าการค้าแฝงลอยเป็นรายได้บุคคลธรรมดา จากการค้าขาย ซึ่งถือตามที่อยู่ในทะเบียนบ้าน โดยจะต้องกรอกรายละเอียดว่าดำเนินกิจการค้าที่ใด และหากมีเงินได้พึงประเมินตั้งแต่ 60,000 บาทขึ้นไป ก็จะต้องเสียภาษี
- กรมสรรพสามิต ไม่มีการจัดเก็บภาษีจากการค้าแฝงลอยแม้จะมีการขายบุหรี่ก็ตามเพราะได้จัดเก็บจากโรงงานผลิตแล้ว

มติที่ประชุม มอบหมายกองนิติการเพิ่มเติมรายละเอียดนิยาม “ การค้าแร่ หรือ การค้าแฝงลอย ” ในร่างพระราชกฤษฎีกากำหนดลูกจ้างตามมาตรา 4 (6) พ.ศ.ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยให้เพิ่มเติมว่ากิจการที่จะขึ้นทะเบียนได้ต้องมีหลักฐานประกอบการขึ้นทะเบียนนายจ้างอะไรบ้าง เพื่อจะได้มีปัญหในการวินิจฉัยและตีความกฎหมายของเจ้าหน้าที่ เมื่อต้องนำไปปฏิบัติงานในอนาคต

3. “การบริหารของสำนักงานประกันสังคมในปัจจุบันต้องปรับปรุงเพราะยังให้บริการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลยังไม่ดีพอ”

แนวชี้แจง สำนักงานประกันสังคมได้ปรับปรุงและพัฒนาการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนมาโดยตลอด แต่การจะเพิ่มสิทธิประโยชน์ใด ๆ ต้องคำนึงถึงว่าประโยชน์ทดแทนจะต้องสัมพันธ์กับเงินสมทบที่จัดเก็บด้วย

ขณะนี้ สำนักงานประกันสังคมก็ได้พัฒนาระบบการให้บริการทางการแพทย์จนเป็นที่ยอมรับของผู้ประกันตนและประชาชนทั่วไปได้ระดับหนึ่ง โดย “ระบบการให้บริการทางการแพทย์แบบเหมาจ่าย (Capitation Payment)” ถือเป็นต้นแบบของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย และสำนักงานประกันสังคมยังเป็นแนวหน้าในการผลักดันให้โรงพยาบาลเข้าสู่มาตรฐานสากล โดยได้กำหนดให้โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการประกันสังคมทุกแห่งมีการพัฒนาระบบคุณภาพตามมาตรฐานของ HA (Hospital Accreditation) และต้องได้รับการตรวจคุณภาพโรงพยาบาลจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับชาติ

นอกจากนี้ สำนักงานประกันสังคมได้ตั้งคณะที่ปรึกษาทางการแพทย์ พยาบาลและเภสัชกรออกตรวจโรงพยาบาล ซึ่งได้รับการยอมรับจากหลายหน่วยงาน เช่น กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังได้ขอความร่วมมือจากสำนักงานประกันสังคมให้ตรวจสอบกรณีการรักษาพยาบาลของลูกจ้างที่ประสบเหตุจากการทำงาน ฯ และตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการ

อย่างไรก็ตาม สำนักงานประกันสังคมคงต้องยอมรับว่า ยังไม่สามารถให้บริการที่ดีเป็นที่พอใจของผู้ประกันตนได้ 100 % ยังคงมีข้อเรียกร้องทางด้านการแพทย์จากผู้ประกันตนอยู่บ้าง ซึ่งถ้าหากมีข้อร้องเรียน สำนักงานประกันสังคมจะดำเนินการตรวจสอบข้อเท็จจริง ถ้าพบว่าสถานพยาบาลทำผิด ก็จะมีมาตรการลงโทษตั้งแต่ให้โรงพยาบาลจ่ายเงินคืนแก่ผู้ประกันตน ลดจำนวนการรับผู้ประกันตนในปีต่อไป ยกเลิกสัญญาจ้างให้บริการทางการแพทย์ และส่งเรื่องให้แพทยสภาดำเนินการ

ทั้งนี้ ถ้าหากสภาองค์กรนายจ้างมีข้อเสนอแนะที่จะให้สำนักงานประกันสังคมพิจารณาและปรับปรุงในด้านใด สำนักงานประกันสังคมยินดีที่จะนำไปปรับปรุงพัฒนาการให้บริการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และตอบสนองความต้องการของนายจ้าง ลูกจ้าง ให้มากที่สุด

• แนวคำถาม – คำตอบเชิงนโยบายและการปฏิบัติงาน

1. คำถาม ถ้าหากรัฐบาลไม่สนับสนุนอัตราค่าจ้างข้าราชการจะเป็นอุปสรรคต่อการทำงานของสำนักงานประกันสังคมหรือไม่

คำตอบ ในเรื่องอัตราค่าจ้างข้าราชการ สำนักงานประกันสังคมได้พยายามขอเพิ่มให้น้อยที่สุดแล้ว ซึ่งถ้าหากสำนักงาน ก.พ. ไม่สนับสนุนอัตราค่าจ้าง สำนักงานประกันสังคมในฐานะหน่วยงานของกระทรวงแรงงานฯ คงต้องขอให้กระทรวงแรงงานฯ พิจารณาสันนิษฐาน

2. **คำถาม** เมื่อขยายความคุ้มครองประกันสังคมกับลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 1 คนขึ้นไปแล้ว การตรวจสอบสถานประกอบการยุ่งยากขึ้นหรือไม่ และสามารถรองรับปริมาณงานการตรวจสอบได้หรือไม่

คำตอบ การตรวจสอบสถานประกอบการกรณีที่ย้ายฯ 5 คนขึ้นไป จะมีภาระในการตรวจสอบคนเข้าสู่ระบบโดยต้องตรวจสอบว่ามีลูกจ้างครบ 5 คนหรือไม่

แต่ในกรณีที่ย้ายฯ 1 คนขึ้นไป จะตรวจให้ขึ้นทะเบียนได้ง่ายแต่อาจมีความยุ่งยากในเรื่องการควบคุมสถานประกอบการ เพราะสถานประกอบการมีลูกจ้าง 1 – 2 คน ลูกจ้างไม่กล้าเป็นพยานเมื่อสถานประกอบการกระทำผิด

สำหรับมาตรการที่จะช่วยลดภาระงานการตรวจสอบ สำนักงานประกันสังคมจะประชาสัมพันธ์และเคร่งครัดกับนายจ้างในเรื่องการจัดทำทะเบียนลูกจ้าง เมื่อนายจ้างยื่นขึ้นทะเบียนจะต้องแจ้งทะเบียนลูกจ้างด้วยว่ามีกี่คน ทำงานที่ใดบ้าง และกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงจะต้องแจ้งให้สำนักงานทราบ ทั้งนี้จะสุ่มตรวจสอบสถานประกอบการในเรื่องนี้ตลอดเวลา เพื่อให้นายจ้างให้ความสำคัญในเรื่องนี้

3. **คำถาม** หนี้ค้างชำระของสถานประกอบการและผู้ประกันตนมากน้อยแค่ไหน

คำตอบ ปัจจุบัน (ข้อมูล ณ วันที่ 10 สิงหาคม 2544) เงินสมทบค้างรับในส่วนของนายจ้างและผู้ประกันตน มีจำนวน 844.68 ล้านบาท คิดเป็น 0.82 % ของเงินสมทบนายจ้างและผู้ประกันตน ที่จัดเก็บได้ จำนวน 103,166.43 ล้านบาท (เงินสมทบตั้งแต่มีนาคม 2534 – เมษายน 2544)

4. **คำถาม** ตัวเลขประมาณการจำนวนลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 1 – 9 คน จำนวน 3.59 ล้านคนไม่นับรวมกิจการไต่บ้าง

คำตอบ ตัวเลขประมาณการจำนวนลูกจ้างดังกล่าวได้ประมาณการมาจากข้อมูลโครงการสำมะโนอุตสาหกรรม พ.ศ. 2540 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งยกเว้นแผงลอยในตลาดและแผงตั้งในอาคาร ร้านค้า ห้างสรรพสินค้า หรือศูนย์การค้า โดยครอบคลุมเฉพาะสถานประกอบการอุตสาหกรรม (การผลิต) สถานประกอบการธุรกิจทางการค้า ธุรกิจทางการบริการ (การขายส่ง การขายปลีก ภัตตาคาร โรงแรม และการบริการ) และการก่อสร้างที่เป็นนิติบุคคล และงานบุคคล

5. **คำถาม** วิธีการประมาณการเงินสมทบกองทุนประกันสังคม

คำตอบ ในการประมาณการเงินสมทบกองทุนประกันสังคมจะประมาณการโดยคาดว่าจำนวนผู้ประกันตนที่จ่ายเงินสมทบโดยเฉลี่ยตลอดปี ประมาณ 85 % ของจำนวนลูกจ้างที่คาดว่าจะเข้าสู่ระบบประกันสังคม เนื่องจาก ตามข้อเท็จจริงที่ผ่านมาพบว่าลูกจ้างจะมีการเข้า – ออกงานอยู่ตลอดเวลาในระหว่างปี ทำให้จัดเก็บเงินสมทบจากผู้ประกันตนได้โดยเฉลี่ยตลอดปี ประมาณ 85 % ของจำนวนผู้ประกันตนทั้งหมด

ทั้งนี้ ค่าจ้างเฉลี่ยที่ใช้ในการประมาณการจะประมาณการโดยใช้ข้อมูลค่าจ้างเฉลี่ยของผู้ประกัน
ตนในระบบประกันสังคมในอดีต ซึ่งอัตราการเพิ่มของค่าจ้างเฉลี่ยจะอยู่ที่ประมาณร้อยละ 5 โดยประมาณการค่า
จ้างเฉลี่ยปี 2545 เท่ากับ 6,650 บาท / เดือน

**สรุปสาระสำคัญเรื่องการขยายความคุ้มครองประกันสังคมกับลูกจ้าง
ในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คน**

1. กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมได้เสนอเรื่องการขยายความคุ้มครองประกันสังคมกับลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 1 คนขึ้นไป ต่อสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม 2544 เพื่อให้ นำเสนอเรื่องเข้าที่ประชุมคณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบ ต่อมาสำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรีได้เสนอ เรื่องดังกล่าวต่อคณะกรรมการกลั่นกรองเรื่องเสนอคณะรัฐมนตรี คณะที่ 3 ซึ่งมีรองนายกรัฐมนตรี (นายเดช บุญ-หลง) เป็นประธาน คณะกรรมการกลั่นกรองฯ ได้ประชุมพิจารณาเรื่องดังกล่าว เมื่อวันที่ 25 มิถุนายน 2544 **มีมติ เห็นควรให้กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมขยายความคุ้มครองประกันสังคมกับลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 5 – 9 คน โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2544 เป็นต้นไป** (รายละเอียด ตามหนังสือสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ที่ นร 0205/ว(ล) 7262 ลงวันที่ 26 กรกฎาคม 2544)

2. การประชุมคณะรัฐมนตรีสัญจรที่จังหวัดเชียงใหม่ เมื่อวันที่ 17 กรกฎาคม 2544 นายกรัฐมนตรีมอบหมายให้รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม (นายเดช บุญ-หลง) ประชุมพิจารณาทบทวนเรื่องการขยายความคุ้มครองประกันสังคมกับลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คน อีกครั้ง ร่วมกับรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ รัฐมนตรีว่าการทบวงมหาวิทยาลัย รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงแรงงาน และสวัสดิการสังคม รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข และรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงการคลัง (นายวรวิทย์ เทพ รัตนกร) เนื่องจากการขยายความคุ้มครองประกันสังคมกับลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 5 – 9 คน อาจขัดกับรัฐธรรมนูญ มาตรา 30 เรื่องความเสมอภาคเท่าเทียมกัน

กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมได้ประชุมหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณา ทบทวนเรื่องการขยายความคุ้มครองฯ ตามบัญชาของนายกรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม 2544 โดยผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย รองนายกรัฐมนตรี และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม (นายเดช บุญ-หลง) ประธานการประชุม รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงการคลัง ผู้แทนกระทรวงยุติธรรม ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ผู้แทนสำนักงานงบประมาณ และผู้บริหารระดับสูงกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม

ผลการประชุม

(1) ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ได้ชี้แจงในที่ประชุมและได้ทำหนังสือยืนยันความเห็นดังกล่าว รายละเอียดตามหนังสือคณะกรรมการกฤษฎีกา ด่วนที่สุด ที่ นร 0601/0882 ลงวันที่ 18 กันยายน 2544 โดยให้ความเห็นว่า การขยายความคุ้มครองฯ 5 – 9 คน **ไม่ขัดต่อรัฐธรรมนูญ มาตรา 30** ซึ่งกำหนดว่า บุคคลย่อมเสมอภาคกันในกฎหมายและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน

เนื่องจากโดยหลักการแล้ว บุคคลย่อมมีสิทธิและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกันตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญมาตรา 30 แต่ หากรัฐเห็นว่ายังไม่อาจขยายความคุ้มครองกับลูกจ้างในสถานประกอบการ

การที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไปในขณะนี้ เพราะมีเหตุจำเป็นที่สามารถอธิบายได้ เมื่อคำนึงถึงผลกระทบต่อประโยชน์ได้เสียแล้วก็ไม่ขัดต่อบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญในแง่ของความเท่าเทียมกันตามกฎหมาย

(2) ให้สำนักงานประกันสังคมสำรวจความคิดเห็นนายจ้างและลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คน ที่มีต่อการขยายความคุ้มครองประกันสังคมไปสู่สถานประกอบการที่มีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คน

สำนักงานประกันสังคมให้สำนักวิจัยเอแบค โพลล์ อินเตอร์เนตโพลล์ (เอแบคโพลล์) สำรวจความคิดเห็นนายจ้าง และลูกจ้างที่มีต่อการขยายความคุ้มครองประกันสังคมไปสู่สถานประกอบการที่มีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คน โดยสำรวจจากกลุ่มตัวอย่างนายจ้างและลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คน จำนวน 1,030 คน ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล

ผล ABAC POLL

- (1) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90 เห็นว่า กองทุนประกันสังคมมีประโยชน์ต่อลูกจ้าง
- (2) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 81.5 เห็นด้วยว่าควรจะมีการขยายความคุ้มครองไปสู่สถานประกอบการขนาดเล็กที่มีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คน
- (3) เมื่อพิจารณาตามขนาดของสถานประกอบการ

ขนาดสถานประกอบการ	นายจ้างเห็นด้วย	ลูกจ้างเห็นด้วย
ลูกจ้าง 1 – 4 คน	82.40 %	84.50 %
ลูกจ้าง 5 – 9 คน	85.10 %	86.70 %

3. ความเห็นของผู้แทนฝ่ายนายจ้างและผู้แทนฝ่ายลูกจ้าง

3.1 ความเห็นของผู้แทนฝ่ายนายจ้าง

เมื่อวันที่ 5 กันยายน 2544 ผู้แทนสภาองค์การนายจ้าง 10 สภา ผู้แทนสภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย ผู้แทนสมาคมการจัดการงานบุคคลแห่งประเทศไทย (P – MAT) และ ผู้แทนสมาคมการบริหารงานบุคคลสมุทรปราการ (PASS) ได้เข้าพบรัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม และผู้บริหารระดับสูงกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ณ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม

ผลการประชุม ที่ประชุมเห็นได้ด้วยการขยายความคุ้มครองประกันสังคมกับลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 5 – 9 คน ตามมติคณะกรรมการกลั่นกรองเรื่องเสนอคณะรัฐมนตรี ครั้งที่ 3 เนื่องจากเห็นว่า ขณะนี้ภาวะเศรษฐกิจยังไม่ดีขึ้น นายจ้างและลูกจ้างในสถานประกอบการขนาดเล็กยังไม่พร้อมที่จะจ่ายเงินสมทบ

3.2 ความเห็นของผู้แทนฝ่ายลูกจ้าง

ผู้แทนฝ่ายลูกจ้างหลายองค์การ ประกอบด้วย

- คณะกรรมการสมานฉันท์แรงงานไทย
- สภาองค์การลูกจ้างสภาแรงงานอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย
- สภาองค์การลูกจ้างแรงงานเอกชนแห่งประเทศไทย
- สภาองค์การลูกจ้างแรงงานเสรีแห่งชาติ
- ศูนย์ประสานงานผลักดันประกันการว่างงาน

เห็นควรขยายความคุ้มครองประกันสังคมไปสู่สถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 1 คนขึ้นไป

4. ข้อเสนอพิจารณาเพิ่มเติม

ในร่างพระราชกฤษฎีกาให้ใช้บังคับพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 แก่ นายจ้างที่มีลูกจ้างน้อยกว่าสิบคน พ.ศ. และพระราชกฤษฎีกากำหนดลูกจ้างตามมาตรา 4(6) แห่งพระราช

บัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 พ.ศ.ซึ่งเสนอให้คณะกรรมการกฤษฎีกาเรื่องเสนอคณะรัฐมนตรี คณะที่ 3 เมื่อวันที่ 25 มิถุนายน 2544 และคณะกรรมการฯ มีมติเห็นชอบให้กำหนดวันที่มีผลบังคับใช้พระราชกฤษฎีกาทั้ง 2 ฉบับ เป็นวันที่ 1 ตุลาคม 2544 แต่เนื่องจาก ขณะนี้เรื่องการขยายความคุ้มครองฯ ยังไม่ได้เสนอเข้าที่ประชุมคณะรัฐมนตรี จึงไม่สามารถดำเนินการตามเวลาดังกล่าวได้ จึงเห็นควรขยายวันที่มีผลใช้บังคับพระราชกฤษฎีกาทั้ง 2 ฉบับ เป็นวันที่ 1 เมษายน 2545

ทั้งนี้ มีผลให้รัฐบาลจะต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมในปีงบประมาณ 2545 ดังนี้

ภาคผนวก ข

การสัมภาษณ์ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคม

รายชื่อผู้ให้สัมภาษณ์ (ตำแหน่งและสังกัดเป็นตำแหน่งหรือสังกัดในขณะที่ยังสัมภาษณ์)

1. คุณสุจิตรา บุญชู ผู้อำนวยการสำนักงานกองทุนเงินทดแทน
2. นพ.สุรเดช วลีอิทธิกุล ผู้อำนวยการกองทะเบียนและประมวลผล
3. คุณสุภา มะโนปัญญา ผู้อำนวยการกองเงินสมทบ
4. คุณประไพจิตร อึ้งจุ เจ้าหน้าที่บริหารงานประกันสังคม 7 กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ
5. คุณชลอลักษณ์ แก้วพวง นักวิชาการประกันสังคม 7 กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ
6. เจ้าหน้าที่กองวิชาการและแผนงาน กองวิจัยและพัฒนา และกองประโยชน์ทดแทน ฯลฯ